4.

CONCOURS
POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE,
vacante à la Faculté de Médecine de Paris
PAR LA MORT DU PROFESSEUR SANSON.

DE LA PERCUSSION ET DE L'AUSCULTATION DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

THÈSE

soutenue publiquement le juin 1842,

PAR A.-T. CHRESTIEN, D. M. M.,
EX-CHIRURGIEN DE LA MARINE ROYALE, MEMBRE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE PARIS ET DE MONTPELLIER, DES SOCIÉTÉS ROYALES DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DE MARSEILLE, DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MADRID.

Les difficultez et l'obscurité ne s'apperçoivent en aucune science que par ceux qui y ont entrée.
MONTAIGNE, *Essais*, l. III, ch. XIII.



PARIS,
IMPRIMERIE DE COSSON,
rue Saint-Germain-des-Prés, 9.

1842.

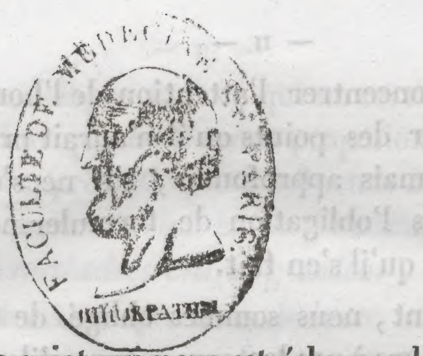
0 1 2 3 4 5 (cm)

JUGES.

MM. CLOQUET,	Président.
BOUILLAUD, BLANDIN, BRESCHET, GERDY, MARJOLIN, PIORRY, VELPEAU,	Professeurs.
GIMELLE, JOBERT, R. PARISE, VILLENEUVE,	Académiciens.

COMPÉTITEURS.

Bérard.	Laugier.
Boyer.	Malgaigne.
Chassaignac.	Thierry.
Chrestien.	Robert.
Huguier.	Vidal (de Cassis).



Le sujet qui nous est échu par le sort étant complètement neuf, il ne nous a pas suffi de le méditer dans le silence du cabinet; mais il a encore fallu nous livrer à des expériences sur le cadavre et visiter les hôpitaux, pour en faire l'application sur le vivant. Ce n'est qu'après avoir ainsi arrêté nos idées sur un point fort controversé, même en clinique médicale, que nous avons pris la plume, pour en exposer les applications aux maladies chirurgicales. Le temps accordé pour la rédaction des thèses de concours, qui n'est certes pas long, a donc été raccourci pour nous; mais nous ne nous en plaignons pas, car nous sommes loin de regretter les moments que nous avons consacrés à confirmer nos doutes sur la valeur de la percussion, comme signe diagnostique dans les maladies chirurgicales. C'est là d'ailleurs un des nombreux avantages des con-

cours, de concentrer l'attention de l'homme studieux sur des points qu'il n'aurait probablement jamais approfondis, s'il ne s'était trouvé dans l'obligation de formuler nettement l'idée qu'il s'en fait.

Cependant, nous sommes obligé de faire ces révélations à nos lecteurs, pour qu'ils nous pardonnent l'excès de précipitation avec lequel nous avons été contraint de coordonner nos matériaux. Nous devons dire aussi que nos citations, quoique peu nombreuses, ne sont pas un objet de luxe, mais un devoir de conscience, ayant cru plus loyal de citer presque textuellement les idées que nous avons empruntées au professeur Piorry, que de nous les approprier en les habillant à notre manière. Il nous a paru d'ailleurs plus méritoire d'aller en vérifier la justesse que de les contourner et de leur adapter notre stile.

Nous approuvons donc tout ce que nous n'avons pas blâmé : nous avons avoué les cas où nous n'avons pas eu l'occasion de juger par nous-même.

Quant aux faits que nous avons cités, nous avons voulu qu'ils fussent authentiques et

nous avons élagué tout ce qui ne se rapporte pas au but que nous nous proposions d'atteindre, l'appréciation de l'influence diagnostique de la *percussion et de l'auscultation dans les maladies chirurgicales.*

Les corollaires que nous désirons faire ressortir de notre travail sont :

1° La percussion et l'auscultation médiates ou immédiates ayant éclairé le diagnostic des maladies de poitrine, et celles-ci coïncidant bien des fois avec des maladies chirurgicales, le chirurgien doit être familiarisé avec ces moyens diagnostiques, afin de pouvoir diriger ses malades sans s'exposer à faire échouer le succès d'une opération en la pratiquant sur un sujet atteint de phthisie tuberculeuse avancée ou d'un anévrisme près de se rompre ;

2° La percussion et l'auscultation médiates, perfectionnées, peuvent éclairer le diagnostic des plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen, dispenser le chirurgien de recourir à la sonde exploratrice avec laquelle il est si facile de perforer les tissus, déchirer des brides, causer de nouvelles hémorrhagies ;

3° La percussion et l'auscultation fournissent, dans le nouvel état de la science, des données que l'on n'avait encore pu obtenir de l'une d'elles;

4° La percussion ajoutée aux grandes probabilités qu'avait déjà le diagnostic chirurgical pour les abcès, les kistes et toutes les collections de liquides ou de matières fécales, pour les tuméfactions de viscères ou pour leurs déplacements.

5° L'auscultation vient grandement en aide au cathétérisme pour le diagnostic des calculs urinaires;

6° Elle est douteuse pour l'utilité du diagnostic des maladies chirurgicales du cerveau, ainsi que de celles de l'oreille; inutile pour le diagnostic des fractures.

Malgré la large part que nous accordons à la percussion et à l'auscultation dans les services que la thérapeutique chirurgicale réclame du diagnostic et de la séméïologie; nous prions nos lecteurs de ne pas croire que nous regardons la percussion et l'auscultation comme tenant lieu de tout autre moyen d'exploration. Nous n'avons pas plus cette pen-

sée aujourd'hui, que nous n'eûmes celle de nier l'importance des caractères anatomiques dans l'ophthalmie, le jour où nous subîmes notre première épreuve orale. Comme nous nous élevâmes alors contre le seul excès, la seule exagération des localisations ophthalmologiques, excès, exagération qui font perdre de vue les considérations générales de tempérament, de constitution, d'hérédité, etc.; de même aujourd'hui nous blâmons le dédain de ceux qui nient les avantages de la plessimétrie, sans la connaître.

Mais, tout en profitant des lumières qu'elle pourra répandre sur nos diagnostics à venir, nous n'en continuerons pas moins à remonter, autant que nous le pourrons, à la connaissance des causes; car une maladie, même chirurgicale, est souvent guérie, quelle que soit sa forme, par des moyens convenablement adaptés à son fond.

---

sée aujourd'hui, que nous n'eûmes celle de nier l'importance des caractères anatomiques dans l'ophthalmie, le jour où nous subîmes notre première épreuve orale. Comme nous nous élevâmes alors contre le seul excès, la seule exagération des localisations ophthalmologiques, excès, exagération qui font perdre de vue les considérations générales de tempérament, de constitution, d'hérédité, etc.; de même aujourd'hui nous blâmons le dédain de ceux qui nient les avantages de la plessimétrie, sans la connaître.

Mais, tout en profitant des lumières qu'elle pourra répandre sur nos diagnostics à venir, nous n'en continuerons pas moins à remonter, autant que nous le pourrons, à la connaissance des causes; car une maladie, même chirurgicale, est souvent guérie, quelle que soit sa forme, par des moyens convenablement adaptés à son fond.

———

Percussion et Auscultation.

Percussion.

Considérée sous le point de vue pathologique, la percussion est une méthode d'investigation par laquelle, en frappant sur un ou plusieurs organes, sur une cavité, on produit des sons, et l'on perçoit des degrés de résistance, à l'aide desquels on cherche à distinguer l'état sain ou malade de chacun des organes sous-jacents. L'idée d'appliquer la percussion au diagnostic des maladies a dû être puisée dans l'observation journalière des résultats si faciles qu'obtiennent les gens les moins instruits, lorsqu'en frappant sur un corps creux, ils apprécient non-seulement sa plénitude ou son état de vacuité, mais encore le degré précis auquel s'élève le niveau du liquide qu'il contient. Cette application de la percussion au diagnostic des maladies a-t-elle été faite dès le seizième siècle, par Rivière, Sennert, Fabrice d'Aquapendente, Tagault, Willis, Schlenker, Conrad? Est-elle réellement d'un usage commun parmi les bouviers de la Suisse? ou bien faut-il en attribuer l'honneur à Avenbrugger? Quoiqu'il en soit, Rosière de la Chassagne, médecin de l'Université de Montpellier, publia, en 1770, un *Manuel des pulmoniques*, dans lequel il reproduisit les idées d'Avenbrugger sur la percussion; celles-ci furent mentionnées aussi par Stoll; et ce fut cette simple mention de Stoll qui porta l'illustre Corvisart à s'en occuper sérieusement. Laen-

nec profita des travaux de Corvisart, et perfectionna à son tour la méthode de la percussion. Mais la percussion d'Avenbrugger, de Corvisart et de Laennec n'était pratiquée qu'à l'aide du bout des doigts d'une main, fléchis et rapprochés; et cette application n'en était guère faite qu'aux maladies de la poitrine. En 1826, M. Piorry, reconnaissant qu'un corps sonore et solide interposé à la main qui frappe, et à la partie qu'on explore, augmente de beaucoup l'intensité du son et les sensations que le doigt éprouve, et permet de distinguer des nuances que la percussion seule ne pouvait faire saisir, conçut l'idée d'interposer entre l'organe à explorer, et les doigts de la main qui percute, un doigt de la main restée libre, comme instrument de médiation.

Plus tard, il reconnut l'insuffisance du doigt, comme instrument de médiation, et il substitua une plaque d'ivoire qu'il nomma *plessimètre*.

Sans nous arrêter aux différentes modifications qu'il apporta dans cet instrument, hâtons-nous d'indiquer la manière de s'en servir ; mais d'abord, disons que le plessimètre doit être appliqué de façon à être pour ainsi dire identifié, à faire corps avec la surface qu'on examine. Il ne faut pas, en aucun cas, que de l'air soit interposé entre cette surface et l'instrument de médiation. En général, il doit être appuyé plus ou moins fort et plus ou moins profondément suivant que les organes à explorer sont plus ou moins éloignés de la surface

extérieure. Il faut que le choc imprimé par les doigts soit sec, rapide, instantané. Si l'on veut seulement juger du son, on relève la main tout aussitôt qu'on a frappé; si l'on a l'intention d'apprécier la consistance des organes, on laisse les doigts appliqués un peu après que le choc a été donné. Quelquefois il suffit d'effleurer en quelque sorte la surface de l'instrument avec le doigt qui percute, pour faire juger de la sonorité des parties superficiellement placées. Cette précaution doit être prise surtout quand la partie à explorer est endolorie, soit par un exanthème, soit par un vésicatoire, des piqûres de sangsues, etc.

Ces détails, en apparence minutieux, sont indispensables à connaître, et nous nous sommes convaincu par nous-même soit sur le vivant, soit sur le cadavre, qu'à leur inobservance sont dus les résultats négatifs obtenus par certains. D'ailleurs ces différences de force et de rapidité n'impriment-elles pas au clavier d'un piano les différences de son? pourquoi n'en serait-il pas ainsi sur le corps humain, dès le moment que l'observation démontre qu'il est soumis aux lois de la sonorité? Oui, la percussion exige des modifications de force et de rapidité, si l'on veut connaître la sonorité de différents organes sous-jacents : ce serait vainement que l'on chercherait le son propre au foie par exemple, si, percutant sur un point où ce viscère est recouvert par un rebord du poumon, l'on ne percutait pas avec plus de force que pour

obtenir la sonorité propre du poumon lui-même. Celui qui, méconnaissant cette circonstance, percuterait de la même manière pour connaître les nuances de son propres à chacun des deux viscères ne connaîtrait réellement donc que celle de l'un des deux, car il aurait percuté d'une manière nécessairement vicieuse pour l'autre.

Ce que nous disons de la sonorité est également applicable à la résistance, à une sensation de *choc de retour*, à des vibrations que perçoivent les doigts percuteurs ; car il y a deux choses importantes à noter dans la percussion, deux résultats distincts à obtenir par elle : 1° La perception du son par l'oreille; 2° la perception de vibrations par les doigts. Bien que l'inventeur de la plessimétrie ait donné des noms particuliers aux sons que l'on obtient de la percussion des différents organes, il ne faut pas croire que les noms de *jécoral*, *stomacal*, *austéal*, désignent des sons fixes et que l'on pourrait représenter par une note de musique, par exemple : non, tous ces sons ne sont que relatifs; les mots *sonorité* et *matité* ne représentent pas des choses précises, des sons identiques, ils indiquent seulement une relation ou une différence. Ainsi, l'estomac, dans son état de plénitude, est dit présenter de la matité : comparé aux intestins dans lesquels les substances alimentaires ne sont pas encore parvenues, il est réellement moins sonore qu'eux, et par conséquent il est exact de dire que l'estomac plein est mat par rapport aux intestins

vides. Mais s'il existe dans les intestins un point où il y ait des matières stercorales durcies, s'il s'y trouve quelque tumeur carcinomateuse, la matité de ces points sera plus grande que celle de l'estomac rempli d'aliments, et l'on pourra dire alors, en comparant l'un aux autres, que l'estomac est sonore par rapport à ces portions d'intestins.

Ces conditions sont du plus haut intérêt dans l'application de la plessimétrie aux maladies chirurgicales; car un abcès n'aura de la matité que par rapport aux organes au sein desquels il est développé. Cette matité ne saurait être la même à toutes les profondeurs. Ainsi donc, le chirurgien qui s'attendrait à une matité aussi prononcée dans un abcès de la fosse iliaque et surtout des parois abdominales, que dans un abcès développé dans la continuité d'un membre thoracique ou abdominal pourrait nier la valeur de la percussion dans le premier cas, parce que les parois d'une cavité sont, toutes circonstances égales d'ailleurs, naturellement plus sonores que les corps pleins. Une hernie ne présente encore une sonorité ou une matité que relative à la sonorité ou à la matité des organes, au sein desquelles elle se développe et se fait jour.

Ces explications nous dispenseront de donner en détail les règles à suivre pour percuter les différents organes en particulier; car, il est bien évident d'après ce que nous venons de dire, que, pour avoir la connaissance exacte de la sonorité ou de la matité d'un organe, il faut se donner la peine de

percuter les organes circonvoisins. Ce n'est que par cette succession d'examens et leur comparaison que l'on parvient à distinguer le foie, les poumons ou les intestins, et à constater la résonance particulière des reins ou de tout autre organe.

La démonstration de la justesse du diagnostic ne peut naturellement se faire que sur le cadavre, en ayant soin de dessiner sur la peau la délimitation des organes percutés, et de traverser par des épingles différents points de cette délimitation, afin de voir, après ouverture de la cavité, si le viscère dont on a dessiné la forme et les limites, d'après les données de la percussion, répond exactement au dessin tégumentaire. Pour ne pas s'exposer à des résultats fautifs, il convient de ne pas faire un grand nombre d'expériences sur le même cadavre, car l'épanchement des liquides et les déplacements des premiers viscères dont on aura vérifié la position, les limites, ou l'état morbide, détermineront des déplacements dans les autres. Aussi convient-il de répéter, au moment de l'autopsie, l'examen plessimétrique que l'on aura fait sur un malade, lorsque celle-ci sera pratiquée, dans le but de démontrer l'exactitude du diagnostic. Sans cela on s'expose à trouver des déplacements produits par le météorisme ou les évacuations abondantes qui surviennent souvent après la mort.

Auscultation.

L'auscultation est une méthode à l'aide de la-

quelle on entend les différents bruits fonctionnels des organes qui sont susceptible d'en produire. Elle est immédiate ou médiate, suivant qu'on la pratique avec l'oreille nue appliquée sur la partie à ausculter, ou bien qu'on interpose entre cette partie et l'oreille un instrument appelé *stéthoscope*.

Bien que les bruits du cœur n'eussent point échappé à l'observation d'Hippocrate, d'Harvey, et peut-être de quelques autres médecins de l'antiquité, il n'est pas moins juste de faire honneur à Laennec de la découverte de l'auscultation médiate, tout en laissant à Corvisart le mérite d'avoir connu celle qui se pratique à l'aide de l'oreille seule, sans le secours du stéthoscope. Nous n'avons pas à faire le parallèle de ces deux modes d'auscultation : nous croyons même inutile d'indiquer la méthode d'ausculter, ainsi que les différents résultats stéthoscopiques obtenus dans le diagnostic des maladies de poitrine, parce que ces choses se trouvent amplement indiquées dans des livres spéciaux.

Une remarque plus afférente à l'énoncé de la question qui nous a été posée, c'est d'indiquer l'avantage qu'il y a à combiner la percussion avec l'auscultation, afin qu'elles s'éclairent l'une par l'autre. Il est d'ailleurs des cas où elles se combinent d'elles-mêmes. Ainsi, l'auscultation étant un moyen d'entendre, et la percussion un moyen de heurter, il est bien évident que la percussion ne donne, dans certains cas, tous ses résultats qu'à

l'aide de l'auscultation, soit à distance, soit à proximité; qu'un sourd, par exemple, en percutant, obtiendra la seule perception tactile, mais que la perception acoustique lui échappera. Bien plus, les organes circulatoires, ceux de la respiration, et le canal alimentaire, sont les seuls dans lesquels il y ait une auscultation qui leur appartienne, c'est-à-dire qui fasse entendre leurs bruits fonctionnels. Lors donc que l'on parle de l'auscultation appliquée au diagnostic des fractures, et des calculs vésicaux ou biliaires, c'est seulement par analogie, par extension; car si l'on n'imprimait pas de mouvement, de secousse, aux fragments d'un os, si l'on n'agitait pas la vésicule biliaire pour obliger les calculs à venir se heurter, l'oreille aurait beau s'appliquer sur le lieu d'une fracture, sur l'hipochondre gauche ou sur l'hipogastre, elle n'aurait rien à constater. L'auscultation n'est donc pas ici ce qu'elle est à l'égard du sistème circulatoire, qui a en lui son mouvement d'impulsion propre. Il y a auscultation, parce qu'il faut rapprocher plus ou moins l'oreille de l'organe malade; mais c'est par le frottement, le choc, la *percussion* enfin, que l'oreille perçoit et juge.

L'auscultation a donc bien évidemment besoin de la percussion, dans certains cas; dans certains autres, au contraire, elle lui est fort utile. Réunissons l'une à l'autre, afin d'apporter le plus de justesse possible au diagnostic.

DE LA PERCUSSION

ET DE L'AUSCULTATION

DANS LES

MALADIES CHIRURGICALES.

> Les médecins ont surtout tiré un grand profit du sens de l'ouïe...
>
> Les chirurgiens n'ont pas assez exercé ce sens.
>
> VIDAL (DE CASSIS), *Traité de pathologie ext. et de méd. opérat.*, t. I, prolégomènes.

La chirurgie moderne est trop étroitement liée à la médecine, pour que les lumières de l'une ne se reflètent pas bientôt sur l'autre : aussi, la percussion et l'auscultation, ces deux moyens diagnostiques si favorablement accueillis dans le domaine médical, ne manqueront-elles pas de trouver des applications heureuses dans le domaine chirurgical. Et d'abord, il est presque inutile de dire que le vrai chirurgien, celui qui ne se contente pas du manuel de l'art, mais qui sonde toutes les profondeurs de la science, reconnaît dans la percussion et l'auscultation un phare précieux pour les cas où la poitrine peut être malade primitivement ou con-

sécutivement chez un sujet atteint d'une maladie chirurgicale quelconque. Oui, nous croyons superflu d'insister sur ce point, car il n'est pas de chirurgien instruit qui se permette de pratiquer une opération tant soit peu grave, s'il n'a pas constaté, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, dans quel état se trouve non-seulement la poitrine, mais encore l'abdomen de son malade. Et si, après l'opération chirurgicale il survient un état pathologique réclamant la percussion ou l'auscultation, le temps n'est plus où l'ignorance l'obligeait à invoquer l'assistance d'un médecin.

Nous n'avons donc pas à nous occuper de la percussion et de l'auscultation dans les cas médicaux qui peuvent compliquer les maladies chirurgicales, quoique nous reconnaissions bien que tout ce qui se rattache à ces deux moyens diagnostiques doit être connu du chirurgien, et rentre par conséquent dans le domaine toujours croissant de la chirurgie; mais, élargi de cette manière, notre cadre serait presque sans bornes. Examinons donc sans plus de préambule quelles sont les maladies chirurgicales auxquelles la percussion et l'auscultation doivent, dans l'état actuel de la science, s'appliquer directement.

Maladies chirurgicales de la tête.

Maladies du cerveau.

La percussion, soit directe, soit médiate, ne nous paraît pas avoir d'application au diagnostic des maladies du cerveau, et le professeur Piorry, à qui cette méthode d'exploration doit de si rapides progrès, se défend de l'en avoir jamais déclarée capable (1). C'est tout au plus s'il est possible de tirer qulque parti de la percussion pour diagnostiquer des clapiers dans lesquels se trouveraient de l'air ou du pus, pour savoir si le malade a constaté le bruit de pot fêlé qui caractérise si bien les fractures du crâne, pour sentir une crépitation osseuse que l'on perçoit (2), en comprimant certaines tumeurs appelées *fongus* de la dure-mère; encore même la percussion aurait-elle ici fort peu d'utilité et ne devrait-elle être pratiquée qu'avec une extrême prudence, car il y aurait souvent du danger à percuter le crâne, même légèrement, ainsi que le reconnaît d'ailleurs l'auteur déjà cité.

Quant à l'auscultation, le professeur Piorry la

(1) *Traité de diagnostic et de séméiologie*, t. 3, p. 271.

(2) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, prolégomènes.

croît encore moins applicable que la percussion au diagnostic des maladies du cerveau ; cependant le docteur Fisher a depuis plusieurs années appelé l'attention sur ce nouveau mode de diagnostic. Ayant découvert, à l'aide du stéthoscope, appliqué sur la tête, dans certaines conditions morbides, un bruit de soufflet encéphalique, qui serait mieux désigné, dit-il lui-même, par le nom de *bruit de râpe*, le docteur Fisher, de Boston, pensa d'abord que c'était un bruit normal; mais ayant ausculté la tête d'un grand nombre de sujets de tout âge, il constata que ce bruit n'existe pas dans l'état de santé, que chez les enfants il est impossible de le reconnaître avatn l'époque de la dentition, que c'est au commencement de ce travail, avant l'occlusion complète de la fontanelle antérieure, que ce bruit est le plus ordinairement et le plus distinctement entendu : il ne trouva jamais le bruit du soufflet encéphalique coexistant avec une maladie qui n'eût pas son siége dans le crâne. D'après ces premières données, le docteur Fisher pensa que le bruit de soufflet encéphalique pouvait être rangé parmi les simptômes de l'hidropisie et de l'inflammation du cerveau ou de tout autre état capable de produire la compression de ce viscère; mais il reconnut que les faits par lui observés étaient trop peu nombreux, puisqu'ils ne s'élevaient qu'à six, et il se borna, dans son premier travail, publié par la *Gazette médicale de Paris* (année 1834, page 22), à rechercher quel était l'organe dans lequel ce bruit a son siége et quelle était la

cause immédiate de sa production. Malgré l'intérêt que la découverte du docteur Fisher pouvait offrir dans le diagnostic si souvent difficile des maladies de l'encéphale, personne ne donna suite à ses travaux; il les continua pourtant et publia, en 1838, dans le journal américain des sciences médicales, de nouvelles recherches qui furent encore reproduites dans la *Gazette médicale de Paris* (tome 9, page 705), et, parmi les nouvelles observations qu'il y consigna, il en est une que nous ne pouvons nous dispenser de rapporter.

Observation de bruit de soufflet céphalique dans un cas de suppuration du cerveau.

W. Dougty, âgé de trois ans, a souffert depuis un an de maux d'oreille qui ont, à plusieurs reprises, déterminé l'écoulement d'un pus très fétide. Les parents regardaient cette maladie comme une suite de la rougeole. Elle prit de la gravité dans les derniers jours d'octobre 1835, et l'enfant était devenu si irritable qu'on avait bien de la peine à l'examiner; la douleur de l'oreille gauche était très vive; il y avait une somnolence continuelle dont l'enfant ne sortait que pour pousser des cris; on ne put appliquer le stéthoscope sur la tête; des sangsues furent mises aux tempes, et quelques doses de calomel administrées.

Le 2 novembre, il y a un peu moins d'irritabilité (vésicatoire à la nuque).

Le 23, l'enfant a éprouvé fréquemment pendant la nuit des accès de frisson, pendant lesquels toute la surface du corps est froide, et il pousse des cris aigus. On peut cependant ausculter la tête, et on entend un bruit de soufflet très distinct, qui varie dans les différentes parties de la tête et est isochrone aux battements du cœur. Ce bruit persiste jusqu'à douze heures avant la mort de l'enfant, qui arrive le 5 décembre.

Autopsie. La substance cérébrale paraît légèrement molle, et offre, dans divers endroits, de petits abcès du volume d'une cerise et au-dessous; ils sont tous dans la substance grise, et ne pénètrent pas ou seulement très peu dans la substance blanche; ils contiennent tous du pus, dans quelques-uns, sans mélange; dans d'autres, mêlé avec du sang grumeleux. Il y a très peu de sérosité, soit dans les ventricules, soit à la base du cerveau. Le sinus latéral droit, au point où il va sortir du crâne, offre une altération grave. Une portion de ses parois paraît avoir été détruite, au moins partiellement, et remplacée par de la limphe à demi-organisée. On dirait que le sinus se serait rupturé pendant les derniers instants de la vie, et que le contenu se serait échappé dans la cavité de l'arachnoïde. La portion pierreuse du temporal avait une couleur d'un vert foncé, mais sans ramollissement ni carie. Le conduit externe de l'oreille ayant été ouvert, on y trouva un grain de café qui y avait été enfoncé aussi avant qu'il était possible et qui était entouré

d'une couche de matière grumeleuse. Il était tout-à-fait noir et son extrémité interne un peu gonflée. Il n'y avait plus aucune trace du timpan ni des osselets de l'oreille interne.

Quoique cette observation soit la seule qui se rattache aux maladies chirurgicales, et que par conséquent il ne nous soit pas permis d'y puiser une conviction assez profonde pour en conclure l'utilité évidente du bruit de soufflet encéphalique dans le diagnostic des maladies du cerveau; les bornes du possible ne nous étant pas connues, nous croyons devoir engager les chirurgiens à saisir les occasions d'apprécier la valeur de la découverte du docteur Fisher. Nous devons à cet effet reproduire les règles qu'il donne pour arriver à ce résultat : pour l'auscultation cérébrale, dit-il, la personne à examiner doit être placée dans la position horizontale, la tête appuyée sur un coussin. Si c'est un enfant, on fera mieux de l'examiner pendant son sommeil, parce qu'alors on ne craindra pas de l'entendre crier ou de le voir s'agiter. La tête doit être couverte d'un linge afin de prévenir le bruit qui résulterait du frottement des cheveux du sujet contre l'oreille et les cheveux de l'auscultateur. Ces précautions prises, il n'y a qu'à appliquer l'oreille sur les différens points de la tête que l'on veut ausculter. Le premier bruit qui frappe l'attention ressemble, sous tous les rapports, à l'exception de

l'intensité toutefois, au murmure respiratoire causé par le passage de l'air dans les narines, lorsque la bouche est fermée; on l'entend très facilement. Ce bruit, que le docteur Fisher appelle *bruit céphalique de la respiration*, est plus fort pendant l'expiration que pendant l'inspiration, et présente quelques modifications, quand la membrane pituitaire est sous l'influence d'un rhume ou de quelque autre altération morbide. Le second bruit qui frappe l'oreille paraît venir de quelque distance; c'est évidemment celui du cœur, avec lequel il correspond et varie de fréquence et d'intensité. Il ressemble au bruit léger et sourd que l'on entend, lorsqu'on frappe légèrement sur les joues distendues par l'air. On peut l'appeler *bruit céphalitique du cœur*. Ces deux bruits, le bruit céphalitique du cœur et celui de la respiration, sont les seuls qu'on distingue, en auscultant la tête d'un enfant bien portant, pendant le sommeil ou dans le repos parfait. Si cependant l'enfant parlait, ou criait, ou avalait quelque chose pendant qu'on l'ausculterait, alors on distinguerait d'autres bruits. Lorsque l'enfant parle ou crie, le bruit de sa voix s'entend sur tous les points de la surface de sa tête ; il est généralement aigu et perçant, et paraît venir du crâne lui-même, tant il semble près de l'oreille, et, quand on l'écoute avec le stéthoscope, on croit l'entendre vibrer à l'embouchure, et même traverser le canal de l'instrument. Ce bruit pourrait être appelé le *bruit céphalitique de la voix*; il varie un peu de

ton, et paraît plus ou moins proche de l'oreille sur les différents points de la tête; au niveau de la fontanelle antérieure non fermée, il est un peu moins aigu et plus sourd, plus diffus que partout ailleurs; on dirait qu'il s'éloignerait davantage de la surface.

Le quatrième bruit qui attire l'attention est celui qui accompagne l'acte de la déglutition. Au moment où l'enfant avale un fluide, on entend facilement, en appliquant l'oreille sur la tête, un bruit compliqué, et que je ne puis comparer à aucun autre; il a des caractères tout à fait spéciaux, et ne peut être décrit; mais une fois qu'il a été entendu, on ne peut le confondre avec aucun autre; il a quelque chose de coulant, et pourtant de lourd et de massif à la fois, et est évidemment produit par l'acte de la déglutition. Ce sera *le bruit céphalitique de la déglutition*. Ce dernier bruit est surtout facile à étudier chez l'enfant, au moment où il est allaité, car alors il est moins facile à être masqué ou obscurci par le bruit céphalique de la respiration, ou par tout autre mouvement de la tête.

J'ai décrit ces bruits tels qu'on les observe avant l'époque de l'occlusion de la fontanelle antérieure. Plus tard ils sont modifiés sous l'influence de la croissanee et de l'augmentation de densité du cerveau et du crâne. Ces changements sont surtout remarquables dans le bruit céphalique du cœur. Dans la première enfance, et avant l'époque de la première dentition, le bruit céphalitique du cœur est surtout remarquable par un moelleux et une

étendue qu'il ne présente plus ensuite. Chez le jeune homme et chez l'adulte, il offre un ton plus raide et plus dur, et paraît s'éloigner davantage de l'oreille. Les bruits céphaliques de la voix et de la déglutition n'éprouvent pas de changements aussi sensibles de la croissance et de l'augmentation de densité du crâne et de son contenu. Tous les bruits que je viens de décrire sont plus faciles à distinguer au sommet de la tête, bien qu'on puisse les trouver aisément sur tout autre point de sa surface.

Telles sont les murmures ou les bruits qu'on entend constamment dans la tête pendant la santé, dit M. Fisher, et cette dernière proposition, tout à fait contradictoire à celle qu'il avait émise en 1834, savoir : que *jamais il n'avait trouvé le bruit de soufflet encéphalique co-existant avec une maladie qui n'eût pas son siége dans le crâne;* cette proposition, disons-nous, fait naître dans notre esprit les plus grandes incertitudes. Les allégations du médecin de Boston, nous paraissant aussi extraordinaires que celles de Wepfer, rapportant qu'en Suisse les bouviers constatent par la percussion du front de leur bétail les hidatides qui procurent le *tournis* chez les animaux, et qu'ils le guérissent même en perforant le crâne dans le point indiqué par un son particulier.

Maladies de l'oreille.

La percussion avait d'abord paru au professeur

Piorry ne pas s'appliquer aux maladies de l'oreille ; mais, en y réfléchissant avec plus de soin, et en recherchant les moyens d'éclairer la pathologie, si obscure des organes de l'ouïe, il conçut l'idée d'un spéculum dont la forme et le volume seraient adaptés à ceux du conduit auditif externe, portant à l'extrémité un plessimètre mince. Pour se servir de cet instrument, il faudrait, d'après celui qui en a conçu l'idée, donner au plessimètre une direction semblable à celle de la membrane du timpan, le pousser sur elle , l'y bien maintenir et le frapper légèrement, mais vivement, avec une petite tige solide supportée par un ressort qui la fixerait au centre du spéculum ; il faudrait encore que le ressort fut disposé de telle sorte, qu'en tirant la tige au dehors et en l'abandonnant ensuite à elle-même, l'extrémité plessimétrique de celle-ci vint frapper sur la plaque appuyée contre la caisse et se relevât tout aussitôt, à l'effet de produire des vibrations plus fortes. Enfin il faudrait ausculter en même temps l'oreille malade, à l'effet de mieux apprécier le bruit produit.

Les applications pratiques de cette idée sont basées sur ce que la membrane du timpan est tendue, comme son nom l'indique, sur une sorte de tambour, représenté par l'oreille moyenne remplie d'air. Or, si l'on pouvait la percuter, dit le professeur Piorry, elle devrait donner du son ; mais elle n'est ni assez solide, ni peut-être assez tendue, hors le temps de l'action de ses muscles, pour faire ici

l'office de la peau desséchée qui recouvre un tambour. D'ailleurs, ajoute-t-il, la percussion directe, faite assez fort pour produire du son, aurait beaucoup d'inconvénients, et produirait non-seulement de la douleur, mais peut-être même la perforation ou la rupture de la membrane, si elle était pratiquée avec une tige solide. D'après ces données, le professeur Piorry pense que, dans le cas où de l'air serait renfermé dans la caisse, le son produit à l'aide de son instrument devrait être tout-à-fait timpanique, et que dans les circonstances où des liquides, des substances molles seraient contenus dans l'oreille moyenne, la matité serait évidente. De cette sorte, dit-il, on pourrait peut-être reconnaître des abcès de l'oreille moyenne, et les ouvrir plutôt que si l'on n'avait pas eu recours à ce moyen d'exploration. Du reste, le professeur Piorry déclare que, si l'on voulait utiliser cette idée, il faudrait expérimenter sur plusieurs sujets dans l'état sain, injecter de l'eau dans l'oreille moyenne de cadavres. Quant à nous, ajoutons qu'il faudrait la sanction de l'expérience sur des malades.

L'auscultation est plus facilement applicable que la percussion, et Laennec lui-même constata quelques faits desquels il conclut que l'auscultation deviendrait un moyen sûr de reconnaître l'oblitération permanente de la trompe d'Eustache, et servirait à déterminer les cas dans lesquels on peut tenter, pour remédier à la surdité, soit de faire des injections dans ce conduit, soit de perforer le tim-

pan, suivant la méthode d'Ély, renouvelée par Astley Cooper. Laennec pensa encore que le même moyen d'exploration pourrait s'appliquer sans doute à l'étude de diverses autres affections de l'oreille interne, et particulièrement des suppurations catarrhales ulcéreuses qui y ont leur siége (1).

Les espérances de Laennec se sont-elles réalisées? M. Deleau, à l'aide d'un soufflet et d'une pompe foulante, conçut l'idée d'introduire de l'air atmosphérique dans la trompe d'Eustache par l'intermédiaire d'une algalie, et il signala comme moyens diagnostiques les différents bruits de *pluie*, de *pavillon*, de la *trompe*, de la *caisse*, ainsi que ceux de la membrane du timpan, auxquels il donna les noms d'*éclat* et de *sifflement*, distingués en aigus et en graves. Il appuya la valeur de ces signes sur des observations nombreuses consignées dans ses *recherches pratiques sur les maladies de l'oreille* (1838). Mais ne connaissant pas de faits semblables émanés d'autres praticiens, nous ne pouvons nous prononcer sur la valeur des signes indiqués par M. Deleau. Tout ce que nous savons à l'égard de l'auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'oreille, c'est que, par un violent effort, le nez et la bouche étant fermés, il se fait un bruit très remarquable, qui résulte du passage de l'air dans la caisse du timpan; que ce bruit s'accompagne d'une sorte de crépitation pro-

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. 3, p. 386.

duite par la membrane, que l'air pousse en dehors ; que si la caisse contient des mucosités, ou si la membrane qui la tapisse est tuméfiée, le bruit indiqué, et qui dans l'état normal ressemble à celui d'un soufflet, prend ici le caractère du râle muqueux, ou même du gargouillement ; que lorsque, au contraire, la caisse du timpan est sèche, le bruit qui se fait entendre ressemble à un sifflement ; que dans les cas de perforation de la membrane, perforation qui n'est pas toujours visible, ces différents bruits sont entendus à une plus grande distance ; enfin que la présence de corps étrangers, de polipes par exemple, dans le conduit auditif, s'oppose plus ou moins complètement suivant leur degré de volume et de consistance à la perception extérieure de ces bruits.

Quant au bruit résultant de l'application mentionnée par Laennec sur l'apophise mastoïde, nous n'avons jamais pu le constater, et sommes en cela heureux d'apprendre, par l'excellent *Traité pratique d'auscultation* de MM. Barth et Roger (page 428), qu'un homme très avantageusement placé pour avoir une grande habitude du diagnostic des maladies d'oreille, M. Ménier, médecin de l'Institution royale des sourds et muets, n'a pas pu mieux que nous entendre un bruit quelconque dans les cellules mastoïdiennes, même lorsque la quantité considérable de matière mucoso-purulente qui sortait de l'oreille moyenne indiquait, concurremment avec d'autres simptômes, que l'affection

catarrhale avait envahi ces cavités. Cet habile *auriste* regarde même comme une véritable illusion (1) acoustique le bruit de soufflet indiqué par Laennec dans la caisse, l'air qui y entre ne circulant pas.

Ce n'est donc pas à la circulation de l'air dans la trompe d'Eustache qu'il faut attribuer les bruits perçus par certains malades ; et quoique nous regardions le *tintouin* et autres sons plus ou moins bizarres, qu'accusent quelques personnes, tout aussi bien dus à une illusion d'acoustique que les mouches et autres corps qui semblent voltiger devant les yeux des amaurotiques et des cataractés sont une simple illusion d'optique, au commencement de leur maladie, nous pensons aussi que les personnes dont l'ouïe commence à s'altérer peuvent percevoir des sons phisiques auxquels le spectateur reste étranger. Et si nous insistons sur ce fait, c'est que le diagnostic des maladies de l'oreille en tire son profit : ainsi, une montre étant placée entre les dents ou pressée contre une partie latérale de la tête, son mouvement peut être entendu, bien que la trompe d'Eustache soit oblitérée ; mais si le malade n'entend pas le mouvement de la montre placée entre ses dents, toute opération est inutile, car la faculté auditive est tout-à-fait éteinte (2).

(1) *Gazette médicale de Paris*, t. 10, p. 114.

(2) *OEuvres chirurgicales d'Astley Cooper*, traduites par Chassaignac et Richelot, p. 587.

Maladies des fosses nasales.

La percussion des fosses nasales ou de leurs dépendances semblerait, en théorie, devoir conduire à des résultats utiles, dit le professeur Piorry (1); toutefois il avoue ne pouvoir rien dire de positif à ce sujet, et nous ne connaissons nous-même aucune application de ce moyen diagnostique aux maladies des fosses nasales. Si nous les mentionnons ici, ce n'est donc que pour dire un mot du *bruit de drapeau*, espèce de frôlement que fait entendre un malade affecté du polipe dans les fosses nasales, quand il souffle fortement en fermant la bouche. Dirons-nous que ce signe de l'auscultation à distance n'est pas positif, parce que nous l'avons observé chez des personnes chez lesquelles le polipe n'a pu être constaté? Le doute nous est imposé par le souvenir d'une dame du Vigan, chez laquelle nous avons annoncé, au seul timbre de sa voix, un polipe des fosses nasales. Nous étions encore élève en médecine et n'avions pas été consulté, car cette dame était alors bien portante : aussi ne fit-on pas attention à notre dire; mais cette dame ayant succombé, plusieurs années après, à une péritonite puerpérale, son médecin se le rappela et put en confirmer la justesse.

Le timbre de la voix peut également éclairer

(1) Ouvrage cité, t. Ier, p. 391.

le chirurgien, ainsi que le prouve le fait suivant, rapporté par notre honorable compétiteur M. Vidal : « Un sourd me fut présenté, dit-il ; à sa voix je reconnus que les amigdales étaient engorgées, ce qui me fut confirmé par l'inspection de la gorge ; le toucher me prouva qu'il y avait hipertrophie, et les antécédents me confirmèrent dans l'opinion que j'avais eue d'abord que la surdité dépendait de l'affection des amigdales. J'en fis la réduction, et l'ouïe a été rendue à ce malade, sur lequel on avait tenté inutilement le cathétérisme de la trompe d'Eustache, les insufflations, etc. (1). »

Maladies chirurgicales du cou.

Les corps étrangers égarés dans les voies aériennes, et la formation de fausses membranes dans la continuité de celles-ci, sont les seuls états pathologiques auxquels nous allons fixer notre attention, renvoyant à l'article *anévrismes* ce qui se rattache à notre sujet, pour les dilatations anormales de l'artère carotide ou autres qui peuvent se présenter à la région cervicale.

Pour le développement des fausses membranes, dans cette maladie qu'on appelle *croup*, la grande chirurgie n'intervient que dans la période extrême ;

(1) *L. c.*, prolégomènes.

mais il est bien évident que l'homme de l'art doit ici, comme partout, d'abord constater par lui-même la nécessité de l'opération et en apprécier ensuite les chances probables. Or, quoique le stéthoscope, dans le plus grand nombre des cas, n'apprenne rien que les autres simptômes n'apprennent encore mieux (1), peut-on se dispenser de recourir à l'auscultation, puisque les bruits que l'oreille perçoit à distance sont les plus caractéristiques de la maladie ?

Inutile de dire que pendant les premiers jours de l'opération, et jusqu'au moment de la guérison, la poitrine du malade doit être chaque jour percutée et auscultée, pour suivre la marche rétrograde de l'état morbide. C'est ainsi que nous avons vu se diriger, en 1834, le professeur Gerdy, chez un jeune malade qu'il opéra avec succès et dont nous avons publié l'observation dans les archives générales de médecine (2). Les signes stéthoscopiques le dirigèrent même, ainsi que nous l'avons noté, pour modifier la dissolution avec laquelle il cautérisait l'intérieur de la trachée artère.

Quant aux corps étrangers égarés dans les voies aériennes, ils peuvent être durs et sonores ou bien mous, et enfin ils peuvent se ramollir par leur séjour prolongé. Dans le premier cas, il est évident que leur sonorité peut fournir un signe diagnos-

(1) Dugès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 5, p. 570.

(2) Deuxième série, t. 5. p. 571.

tique, appréciable par la percussion et l'auscultation; et il est surprenant que ce signe n'ait été observé par aucun praticien avant Dupuytren, qui a appelé sur lui l'attention par le passage suivant : « Sous le rapport du diagnostic des corps étrangers dans la trachée, il est un signe que nous croyons devoir joindre à ceux qui ont été donnés comme caractéristiques de l'existence de ces corps; c'est celui de la sensation de leur choc contre les parois du canal, sensation qui peut être perçue par la main et par l'oreille. Il n'existe pas toujours d'une manière aussi distincte chez tous les sujets, ni à toutes les époques du corps étranger. En effet, il peut être adhérent, et alors, n'étant pas déplacé par l'air, il ne heurte pas contre les parois du canal; ou bien, enveloppé par des mucosités abondantes ou épaisses, le choc qu'il peut produire est moins fort que lorsqu'il existe très peu de ces mucosités (1). »

Dans le second cas, c'est-à-dire dans celui où les corps étrangers égarés dans les voies aériennes sont mous, primitivement ou secondairement, quoique privés du secours de la sonorité, la percussion et l'auscultation n'en révèleront pas moins des signes importants, fournis par l'irritation qu'ils ont produite dans le tube aérien, et qui n'existait pas avant leur introduction. Parmi ces signes se trouvent les différents râles diagnostiques de la bron-

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. 3, p. 592 (1833).

chite, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Introduction d'un haricot dans la trachée artère.

Bourdin, âgé de 4 ans, étant entré le 4 mars dernier, à l'hôpital des enfants (salle Saint-Côme), pour un haricot cru qu'il s'était introduit dans les voies respiratoires, quatorze jours auparavant; et ses parents ne donnant que des renseignements vagues , les signes d'auscultation étaient les seuls auxquels on pût recourir. Or, celle-ci ne fit constater que l'existence de quelques râles muqueux, à gauche; on ne remarquait aucune altération de la voix; la toux revenait fréquemment par quintes convulsives et avec suffocation. Elle persista toute la nuit suivante; le râle muqueux persistait aussi le lendemain, et M. Guersant eut un instant la pensée d'opérer sur-le-champ; mais, le cas étant grave, il ne voulut rien entreprendre sans avoir auparavant entendu l'avis de ses confrères de l'hôpital.

Le corps étranger existait-il encore dans la trachée, ou bien avait-il été expulsé par les efforts de toux, et cette toux convulsive n'était-elle plus que le retentissement du séjour prolongé du haricot dans la trachée artère? Quoi qu'il en soit, MM. Guersant père et Baudelocque ne constatèrent aucun bruit stéthoscopique particulier, annonçant d'une manière probante l'existence d'un corps mobile dans la trachée : cependant le jeune Bourdin affirmait sentir le haricot

dans le cou, sur un point qu'il indiquait par son doigt. Mais, encore, cette donnée était-elle suffisante pour déterminer l'opération de la trachéotomie, et ne pouvait-elle pas être attribuée à une sensation qui persistait après l'expulsion du corps étranger? Les consultants trouvèrent les données de l'opération trop faibles, trop vagues, trop incertaines, pour être opposées aux chances toujours très graves de la trachéotomie, alors même qu'on ne l'applique pas au croup. Croyant d'ailleurs, qu'il n'y avait pas de péril imminent, et qu'il serait toujours temps de prendre un parti extrême, MM. Guersant père et Baudelocque pensèrent qu'il fallait, pour le moment, combattre la bronchite existante et traiter préventivement la pneumonie qui pouvait se développer consécutivement, et qui présente tant de gravité, comme l'on sait, parmi les jeunes enfants. Partant, une saignée fut pratiquée, qui fournit un sang couenneux; ensuite l'émétique, suivant la méthode rasorienne, fut donné pendant trois jours de suite, à la dose successivement croissante de vingt-cinq à quarante centigrammes par jour. Mais malgré tous ces moyens les accidents persistèrent avec le même caractère de gravité.

M. Guersant fils revint à sa première détermination; et M. Bérard, de l'hôpital Necker, fut prié de s'adjoindre aux deux consultants déja cités : la trachéotomie fut décidée et mise à exécution, le 8 mars, dix-huit jours après l'introduction du corps étranger, elle donna lieu à la sortie du ha-

ricot qui, chassé par l'air, s'échappa soudain par la voie que lui ouvrit l'opérateur.

Immédiatement après, le râle muqueux attribué à une bronchite cessa; les quintes de toux devinrent de plus en plus rares; le malade était guéri le 27 mars (1).

Quant aux maladies chirurgicales du pharinx et de l'œsophage, la percussion ne donnerait quelques documents que s'il s'agissait de constater le degré de dureté des tumeurs développées près de ces conduits, dit le professeur Piorry (2), que nous ne nous permettrons pas de devancer dans l'heureuse appréciation de ce moyen diagnostique. Nous pensons encore avec lui que l'auscultation, soit médiate, soit immédiate du pharinx, ne présente pas d'application dans l'état actuel de la science.

Maladies chirurgicales de la poitrine.

En tête des maladies chirurgicales de la poitrine se présentent les plaies. Celles qui pénètrent dans l'intérieur du thorax sont sans contredit les plus graves; et la lecture la plus attentive des auteurs contemporains les plus estimés, qui ont écrit

(1) La *Lancette française*, 28 mai 1842.
(2) *Traité de diagnostic et de séméiologie*, t. 2, p. 59.

sur ce sujet important, prouve que leur diagnostic présente encore un obscurité qui est due à la négligence apportée dans la percussion et l'auscultation.

Si, en effet, le baron Larrey mentionne (1), parmi les signes de l'emphisème, qui survient si souvent lorsque la substance du poumon est intéressée, une très grande gêne dans l'exercice des fonctions respiratrices, gêne qui peut être bien plus aisément constatée par l'auscultation que par la vue ou les sensations particulières du blessé, l'illustre chirurgien militaire indiquait encore en 1829 (2) l'introduction de la sonde comme moyen de constater l'épanchement. Or, ce moyen explorateur, fréquemment dangereux, est bien moins fidèle que l'auscultation et surtout que la percussion, à l'aide de laquelle on peut non-seulement reconnaître l'existence d'un liquide épanché, mais encore en préciser l'étendue et le siége.

Dupuytren dit bien (3) que l'on reconnaît l'emphisème résultant des plaies pénétrantes de la poitrine à une tuméfaction indolente, élastique, incolore et *donnant la sensation d'une crépitation particulière*, lorsqu'on la comprime de manière à déplacer l'air qui la produit. Mais ce célèbre chirurgien n'eut pas l'idée de constater cette *crépitation*

(1) *Clinique chirurgicale*, t. 2, p. 190.
(2) *L. c.*, p. 186.
(3) *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre*, t. 2, p. 325.

particulière à l'aide du stéthoscope, bien que Laennec eût écrit, presque à ses côtés, ses belles pages sur l'emphisème vésiculaire. Quant à l'épanchement sanguin dans la cavité de la poitrine, Dupuytren en indique parfaitement la gravité ; il établit avec beaucoup de soin que cet épanchement est dû tantôt à la blessure de l'artère intercostale, et tantôt à la blessure du poumon ; il fait même sentir l'intérêt qu'il y a à distinguer ces deux cas l'un de l'autre ; mais les moyens par lesquels on peut reconnaître l'épanchement sont à peine par lui signalés.

Cette lacune a été remplie par M. Bégin qui, après avoir parlé, entre autres simptômes, de la distension du côté de la poitrine où se fait l'épanchement, dit : « La percussion produit un son mat, dont l'étendue s'accroît à chaque instant ; enfin le bruit respiratoire s'y accompagne d'un gargouillement très marqué (1). »

L'inflammation du poumon, ce phénomène le plus constant des plaies de ce viscère, et auquel il était si logique d'appliquer les admirables découvertes de Laennec sur les signes de l'hépatisation, de l'infiltration purulente, etc., l'inflammation du poumon elle-même n'a pas été examinée par Dupuytren autrement que par ses devanciers ; et, tout en disant qu'elle se borne quelquefois au trajet de

(1) *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire*, t. 2, p. 31.

la plaie, ne dépasse pas les bornes nécessaires au travail de la réunion, que dans d'autres circonstances elle se propage à tout le poumon, et qu'alors se manifestent les *simptômes de la pneumonie* (1), il ne les a nullement indiqués, et n'a par conséquent rien dit du diagnostic de cette inflammation du poumon, qui joue pourtant un rôle si important dans les blessures par armes de guerre sur lesquelles il fixait l'attention des praticiens. Cet oubli a encore été réparé par M. Bégin, qui, dans un ouvrage moins spécial que celui de son maître, a néanmoins fait sentir que dans les plaies de poitrine l'inflammation est l'élément morbide qu'il faut le plus soigneusement surveiller; et il a même ajouté ces lignes qui stimuleront tôt ou tard le zèle de quelque observateur : « L'auscultation fournit alors au chirurgien des moyens précieux d'investigation; et un travail, qui aurait spécialement pour objet les résultats de son application aux plaies de poitrine, serait doublement intéressant, à raison de sa nouveauté et de l'utilité des données qu'il fournirait (2). »

M. Vidal mentionne, à propos de l'emphisème dans les plaies pénétrantes de la poitrine, la *crépitation emphisémateuse* (3). Il dit également, à propos des épanchements survenus à la suite de ces mêmes plaies, *pour que le diagnostic soit complet*,

(1) *Blessures par armes de guerre*, t. 2, p. 326.
(2) Ouvrage cité, t. 4, p. 466.
(3) *L. c.*, p. 479.

« on imitera les médecins, on profitera de leurs moyens d'exploration (1). »

Nous regrettons vivement de ne pouvoir pas remplir, en ce moment, la tâche indiquée par le professeur du Val-de-Grâce, et nous aimons à croire que la multiplicité des points chirurgicaux, auxquels nous avons à toucher, fera aisément comprendre à nos Argumentateurs et à nos Juges l'impossibilité où nous nous trouvons d'approfondir et de développer un si intéressant sujet. Tout ce qu'il nous est permis d'essayer, en aussi peu de temps, c'est de prouver l'importance qu'ont sur les maladies chirurgicales de la poitrine la percussion et l'auscultation. Or, voici des faits déjà acquis à la science.

Observations d'empième.

Se trouvant le 8 avril 1826 dans un port de mer, voisin de Montpellier, le professeur Delpech fut prié de voir une jeune fille âgée de 8 ans qui présentait depuis 23 jours des simptômes d'une maladie de poitrine. En l'examinant avec soin, Delpech remarqua que la respiration était courte et fréquente; moins difficile dans l'attitude assise, que couchée sur le dos et surtout à gauche. Il constata en percutant la poitrine un son mat au côté droit du sternum dans un espace de huit centimètres, répondant aux troisième, quatrième, cinquième côtes

(1) *L. c.*, p. 479.

sternales. La percussion était sonore partout, excepté à la base de l'omoplate droite. Le bruit respiratoire lui parut aussi naturel partout, excepté dans les deux points rendus remarquables par la percussion : il y avait dans l'un une respiration très équivoque, et dans l'autre elle était nulle. Il y avait de plus une égophonie très prononcée. Partout râle crépitant ou sibilant, léger. Les battements du cœur étaient naturels, mais transposés près de l'aisselle gauche. Nous ne parlons pas de la toux qui était fréquente, ni de l'expectoration qui était visqueuse et sanguinolente, ni de la fièvre qui était vive. Nous n'avons rapporté, ou nous ne rapportons que les simptômes afférents à notre sujet et à l'aide desquels Delpech put conclure qu'une pleurésie intense, mais partielle, avait intéressé le feuillet pulmonaire de la plèvre sur la face interne du poumon droit, et le feuillet opposé de la même membrane sur le côté droit du péricarde; que cette phlegmasie avait passé à l'état de suppuration; que la collection purulente, bornée par le médiastin et par des adhérences, répondait aux parois de la poitrine dans l'espace désigné par le son mat et par l'égophonie; que l'évacuation du pus était urgente, puisque sa présence entretenait une bronchite et gênait les fonctions du cœur; qu'elle pouvait avoir du succès, puisqu'il n'y avait encore aucune complication grave; que surtout il n'existait pas de simptôme de pneumonie, et que le foyer ne comprenait qu'une partie de la plèvre. Considérant en outre que de

plus grands délais pouvaient exposer à la rupture des adhérences qui bordaient l'épanchement et ne pouvaient pas être encore d'une grande densité, dès le lendemain Delpech plongea la pointe d'un bistouri à lame étroite entre la troisième et la quatrième côte. Ce point lui avait paru en effet répondre le mieux au centre de l'épanchement. Aussi ne s'en écarta-t-il que légèrement en dehors pour éviter l'artère mammaire ; et la ponction correspondit à trois centimètres du bord droit du sternum.

Toutes les prévisions de Delpech furent justifiées par un succès complet et par l'impunité avec laquelle il put répéter l'opération sur le même sujet, la collection purulente s'étant reproduite plusieurs fois. Sans examiner avec M. Sédillot (1) si Delpech eut tort de s'obstiner à réunir la plaie par première intention, et si, en donnant chaque jour issue au liquide, l'abcès se fût plutôt guéri, il n'en est pas moins vrai que l'habileté avec laquelle l'épanchement enkisté fut diagnostiqué et ouvert prouve toute l'utilité que le chirurgien peut retirer de la percussion et de l'auscultation dans des cas semblables.

Non-seulement, en effet, le son mat, le défaut de toute respiration dans le même point, l'égophonie tout autour, la fièvre, la toux, l'oppression ont mis

(1) Thèse pour le concours de la chaire de médecine opératoire, 1841, p. 99.

en évidence la présence d'un foyer purulent, provenant d'une pleurésie partielle et suppurée; mais encore la déviation du cœur, dont l'auscultation pouvait faire juger d'une manière exacte, a servi à faire connaître le siége précis du foyer, entre la face interne du poumon droit et le côté correspondant du péricarde. Ce fait particulier, en donnant d'autant plus de valeur et de précision au reste du diagnostic, servirait surtout à démontrer l'urgence des moyens efficaces dont l'art pouvait disposer. Il est indubitable qu'avant qu'une ouverture spontanée eût pu s'accomplir, comme, en effet, le travail s'en est manifesté plus tard, toute l'épaisseur du sac péricardique serait affectée, que la membrane séreuse qui le tapisse et qui enveloppe le cœur serait envahie, et qu'on aurait bientôt à combattre une phlegmasie bien plus grave, soit par rapport à son siége, soit par rapport à ses précédents défavorables, soit à cause de l'importance des effets qui ne pourraient manquer de résulter des produits de cette dernière inflammation. Ainsi, non-seulement une pleurésie partielle et profonde a pu être reconnue, et la collection purulente qu'elle avait causée a pu être constatée, et son siége être déterminé d'une manière précise; mais encore la mesure des craintes et de l'espérance que l'avenir portait a pu être appréciée. Qu'aurait-on pu faire de plus, espérer de mieux, dans l'abcès le plus superficiel?

A la suite de cette observation se trouve celle

de mademoiselle N....., que nous avons vue de nos propres yeux, et qui était également atteinte, depuis plusieurs jours, d'une maladie de poitrine, lorsque Delpech fut consulté. Nous nous bornerons à dire d'abord que par la percussion et l'auscultation ce chirurgien fut amené à conclure qu'il existait une pleurésie, laquelle avait envahi successivement toute la plèvre gauche; que l'inflammation avait produit un grand empième; que la collection purulente avait déplacé le cœur de gauche à droite, pour se loger; qu'une partie de cette collection avait déjà été résorbée; que si rien ne troublait cet important travail, la maladie pouvait guérir par l'oblitération progressive du côté gauche de la poitrine; phénomène dont une partie était déjà accomplie.

Nous ajouterons que les conseils donnés par Delpech pour favoriser l'oblitération du kyste ayant été négligés, il survint deux mois après au-dessus du sein gauche une tumeur douloureuse ayant le volume d'un œuf, qui fut prise pour un abcès par congestion provenant d'une lésion organique du rachis; et que Delpech rappelé dut encore à la percussion et à l'auscultation de reconnaître la fausseté de ce diagnostic, d'oser, contrairement à l'opinion d'autres praticiens, pratiquer plusieurs ouvertures successives sur la tumeur, et obtenir enfin non-seulement la guérison de l'empième, mais encore celle de la déviation de l'épine.

Nous pourrions encore faire à l'intéressant mé-

moire que Delpech publia en 1829 sur l'empième (1) différents emprunts se rattachant à notre sujet, mais n'est-ce pas les résumer que de signaler les deux conclusions suivantes qui se trouvent entre autres à la fin de ce travail ?

« Les progrès que la médecine pratique doit au professeur Laennec, les moyens d'investigation de la poitrine, doivent être appliqués dans les cas de collection provenant d'une caverne tuberculeuse, soit pulmonaire, soit hépathique, ou d'une gangrène du poumon, ou d'un hidrothorax. Ces mêmes moyens peuvent seuls fixer toutes les incertitudes où il convient de pénétrer dans la poitrine pour vider une empième, et ce n'est pas dans le voisinage de telle côte qu'il s'agit de pénétrer, mais au centre du foyer connu. »

Bien que nous ayons eu dans notre pratique plusieurs occasions d'éclairer notre diagnostic, d'après ces exemples, dans les maladies chirurgicales de la poitrine, par la percussion et l'auscultation, quoique nous possédions surtout un fait très intéressant, relatif à un chirurgien militaire qui voulait nous déterminer à lui extraire un sequestre de côte, alors que le malheureux était, sans s'en douter, atteint d'une phthisie tuberculeuse à laquelle il succomba bientôt, nous préférons rapprocher des faits

(1) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, tom. 1er, *passim.* (Ce recueil est très intéressant ; et, quoique publié en province, il mérite d'être consulté par les médecins de la capitale, où j'ai eu pourtant de la peine à le trouver.)

de Delpech les suivants, parce qu'ils ont le cachet de l'authenticité.

Victor Dabesne, garçon limonadier, âgé de vingt ans, entra à l'hôpital de *la Charité*, salle Saint-Jean-de-Dieu, le 3 mai 1842, pour une petite tumeur développée au-dessous de la région précordiale, sans changement de couleur à la peau et sans douleur, à moins qu'on ne la presse à son centre. Questionné sur la manière dont s'était développée cette tumeur, Dabesne répondit qu'il ne se rappelait pas avoir reçu de coups sur la poitrine; qu'il ne pouvait l'attribuer à aucun effort musculaire, et que, sans cause connue, il avait éprouvé, huit jours avant son apparition, une douleur assez vive à la partie antérieure du thorax, sans toux pourtant, ni expectoration. La position de la tumeur, sous la région péricordiale, ne peut-elle pas suggérer différents soupçons sur sa nature?

On sent, en effet, évidemment que derrière elle les battements du cœur sont assez forts, et le malade les ressent lui-même quelquefois intérieurement sans étourdissement, il est vrai, ni sans éblouissement. L'incertitude du diagnostic fut telle, à l'entrée du malade dans l'hôpital, que le professeur Bouillaud fit étiqueter l'observation comme suit : petite tumeur, probablement enkistée, développée au dessous et au dehors de la pointe du cœur, dont elle ressent les battements.

La percussion ayant été mise en usage, la matité a été reconnue dans l'étendue de sept centimètres

verticalement et transversalement, à la région précordiale. La tumeur se trouvant placée au dessous et en dehors de la jonction des deux lignes qui limitent cette matité en bas, et ne touchant à cet angle de jonction que par un point de sa circonférence, il est bien évident qu'elle est tout-à-fait étrangère à l'organe principal de la circulation; mais l'enveloppe de cet organe ne peut-elle pas être distendue par un épanchement, et former la tumeur, qui ne reconnait pour cause aucune violence extérieure? L'auscultation répond par la négative. Les bruits du cœur sont trop bien frappés et trop secs pour qu'un liquide soit interposé entre la paroi thoracique précordiale et le cœur lui-même. L'auscultation, démontrant aussi l'état normal de la poitrine, la tumeur ne peut être ni une hernie ni un empième.

Quoique le sujet ne porte sur lui aucune cicatrice d'anciens abcès scrofuleux, quoiqu'il prétende avoir été exempt de la teigne dans son enfance, quoiqu'il dise appartenir à des parents parfaitement sains, le tempérament limphatique du sujet, son état clorotique bien caractérisé, —pour nous servir de l'expression du professeur Bouillaud, — et surtout l'accroissement que prend chaque jour la tumeur, au centre de laquelle la fluctuation devient de plus en plus manifeste, ces différentes circonstances portent à croire définitivement à un abcès, et le 28 mai, un morceau de potasse caustique fut appliqué sur son sommet.

Pneumo-thorax traumatique.

Première observation.

Le 20 août 1841, entra à l'hôpital de *la Pitié*, salle Saint-Gabriel, n° 24, Jean Lemardelet, charretier, âgé de trente-deux ans, qui, après s'être enivré, était tombé sous les roues de son charriot. Les deux roues du même côté lui avaient passé sur le corps, et l'une avait porté en haut, l'autre en bas, du côté droit. Le blessé ne sut pas dire comment il se trouva à la suite de cet accident. On l'amena sur une voiture à l'hôpital, et voici la description que le docteur Saussier donne de son état (1) : le côté droit de la poitrine est le siége de douleurs vives qui lui arrrachent des cris très fréquents lorsqu'on le remue; c'est à peu près tout ce qu'on voit de remarquable au premier abord. Le malade, encore ivre, agite ses membres en tous sens, sa respiration ne paraît pas gênée, et si le thorax n'était pas mis en mouvement, ou soumis à la pression, il ne se plaindrait de rien; la phisionomie exprime l'insouciance de l'ivresse; le pouls est à 100-104, fort et développé.

En prolongeant l'examen du corps, on observe que le côté droit de la poitrine est seul malade; on y aperçoit d'abord des excoriations superficielles,

(1) *L'Experience*, journal de médecine et de chirurgie, 28 avril 1842.

maîs larges, qui indiquent que ce côté a éte fortement frotté; puis, à la partie externe, au-dessous de l'aisselle, dans une étendue de dix-huit à vingt centimètres en hauteur, et de dix à douze en largeur, une tuméfaction assez prononcée sans changement de couleur à la peau. Cette saillie est molle, partout crépitante, formée par de l'air épanché dans le tissu cellulaire. Si avec les doigts on passe en revue les douze côtes, on reconnaît qu'à partir de la deuxième inclusivement jusqu'à la neuvième, peut-être aussi inclusivement, elles sont toutes fracturées; elles produisent des craquements multipliés et offrent une mobilité très grande. Les fractures ont lieu vers la réunion de la partie externe avec l'antérieure. L'oreille, appliquée sur la poitrine, perçoit un grand nombre de craquements dans l'étendue indiquée, lesquels sont très bruyants lorsque le malade tousse. En outre, un autre mode d'examen fait constater les phénomènes suivants : même en tenant compte de l'emphisème cellulaire, le côté droit est manifestement augmenté de volume; les côtes sont à peu près immobiles; le malade s'incline de ce côté plutôt que sur le gauche; la percussion est très douloureuse; elle rend un son plus clair du côté droit que du côté gauche; le foie est refoulé en bas d'une certaine quantité; en frappant sur la troisième côte (percussion immédiate, l'index gauche servant de corps intermédiaire), on perçoit si clairement le *claquement costo-hépatique*, que ce bruit particulier est même re-

marqué par des personnes étrangères à l'art. En arrière, on ne trouve pas de matité anormale, ce qui indique l'absence d'un liquide dans les parties déclives ; à l'aide de l'auscultation on remarque d'abord des craquements forts, rudes et nombreux, qui sont dus aux fractures de côtes, et de la crépitation sur la partie latérale produite par l'emphisème sous cutané. Il n'y a plus de murmure respiratoire du côté malade ; pas de bourdonnement amphorique, de résonnance métallique ni de tintement ou crépitation amphorique. On ne pratique point la succussion, parce que le malade est extrêmement souffrant lorsqu'on le remue. Le côté gauche n'offre rien de particulier.

Sans parler de la marche de la maladie, qui fut courte et heureuse, et qui n'exigea que quelques saignées et un régime convenable, l'amélioration du malade fut marquée par la diminution progressive des phénomènes qu'avaient révélé, dès le premier jour, la percussion et l'auscultation.

Deuxième observation.

Pierre Caillet, âgé de 38 ans, se préparait, le 1er juin 1842, à mettre une pierre derrière la roue d'une voiture, lorsqu'il eut la poitrine fortement comprimée entre la roue et un poteau. A peine put-il faire entendre quelques cris, tant fut grande et instantanée la gêne de sa respiration ; on le dégagea pourtant avec promptitude, et il tomba bientôt

en sincope. Transporté à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lenoir, il présenta les simptômes suivans : douleur vive vers la région axillaire du côté droit, respiration amphorique très-évidente de ce côté, tintement métallique, sonorité d'autant plus marquée, qu'on s'éloigne davantage du mamelon vers en bas, développement plus considérable du même côté. A gauche, dans le triangle sus-claviculaire, existait une tumeur un peu moins grosse que le poing, si molle et si flasque qu'elle se fesait déprimer avec la plus grande facilité et disparaissait complètement sous la clavicule, pour reparaître aussitôt qu'on cessait la compression ; elle n'était pourtant pas fluctuante. Elle était sonore à la percussion ; l'auscultation y fesait distinguer un bruit remarquable de sifflement : d'ailleurs la respiration se fesait sans aucune gêne dans tout ce côté du thorax. On diagnostiqua la rupture des deux poumons, et l'on expliqua la tumeur sus-claviculaire par la présence de l'air de l'un d'eux. Le cœur était plus déjetté à gauche qu'il ne l'est ordinairement : il se trouvait à deux centimètres de la ligne médiane, plus rapproché de la clavicule qu'il ne l'est de coutume ; son bord supérieur était à huit centimètres ; le foie était considérablement refoulé en bas, il descendait jusqu'à l'ombilic. De larges saignées furent pratiquées, le malade fut mis à un régime approprié, et l'amendement des simptômes graves que nous venons d'indiquer, et dont le diagnostic exact est évidemment du à la percus-

sion et l'auscultation, fut tel que, vingt jours après, le malade voulut sortir de l'hôpital.

Maladies chirurgicales de l'abdomen.

La percussion, bien plus importante ici que l'auscultation, attendu que cette dernière ne peut à peu près s'exercer que sur l'aorte ou ses ramifications; la percussion, disons-nous, n'attend pas, pour influencer heureusement le diagnostic des maladies de l'abdomen, qu'il y ait plaie pénétrante. Des corps lancés par la poudre à canon peuvent déterminer des désordres profonds et presque toujours des épanchements sanguins, dit le baron Larroy (1), qui se font dans les cavités, dans l'interstice des muscles, ou sous la peau, lorsqu'ils ont frappé obliquement la surface du corps, à la fin de leur course. D'autres causes mécaniques, telles que les chutes, des percussions violentes peuvent causer, le même résultat. Or, l'absence de la douleur et de la rougeur qui sembleraient devoir accompagner ces abcès traumatiques ayant été observées dans plusieurs cas par le même praticien, il est heureux que la percussion puisse les faire découvrir, car il est de règle de leur donner issue aussitôt que leur présence est constatée (2). Ajoutons que la percus-

(1) *Clinique chirurgicale*, t. 2, p. 337.
(2) Dupuytren, ouvrage cité, t. 2, p. 400.

sion est ici un moyen diagnostique d'autant plus précieux, qu'elle ne se borne pas à indiquer l'existence d'un épanchement, mais elle va jusqu'à révéler son lieu précis, ainsi que nous allons le prouver en parcourant les différents viscères abdominaux.

Estomac.

L'application de la percussion au diagnostic des maladies de l'estomac étant une acquisition nouvelle que la science doit aux investigations du professeur Piorry, il nous paraît indispensable d'aborder à ce sujet des détails qu'il aurait été superflu de donner pour les maladies de poitrine dont le diagnostic, fourni par la percussion et l'auscultation doit être connu de tout médecin instruit. Nous dirons d'abord avec l'auteur du *Traité de diagnostic et de séméiologie* (1), que le son fourni par l'estomac contenant des gaz est très clair ; que le doigt employé à la percussion de cet organe ainsi disposé n'éprouve pas de résistance, mais bien une sensation d'élasticité très marquée, ainsi que nous nous en sommes fréquemment assuré sur différents sujets soit sains, soit malades. Lorsque, au contraire, l'estomac est plein d'aliments ou de boissons, le son qu'il donne est beaucoup plus mat, et la sensation d'élasticité y devient presque nulle. D'après ces deux premières données, il est aisé de con-

(1) T. 2, p. 81.

clure que si des gaz et des liquides se trouvent simultanément dans l'estomac, les uns en occupent la partie déclive et présentent même, conformément aux lois hidrauliques, une ligne de niveau à leur surface, tandis que les autres se tiennent suspendus dans la partie supérieure du viscère. Mais ce qui offre un véritable intérêt, c'est que par la matité que font entendre les liquides et la sonorité que produisent les gaz, on distingue sûrement ces differents corps. L'on peut même constater l'exactitude de ce signe diagnostique en faisant prendre au sujet différentes positions, et l'expérience est d'autant plus concluante, qu'au dessus, au dessous et sur les côtés de l'estomac, vide ou plein, se retrouvent les sons propres aux autres viscères abdominaux qui ne varient pas en raison du changement d'attitude.

Nous aimons à croire que ces détails suffiraient pour faire comprendre qu'à l'aide de la percussion on puisse reconnaître l'espace occupé par l'estomac quelqu'extention qu'il prenne; mais nous sommes plus sûr d'y réussir en racontant le fait suivant :

Double hernie inguinale accompagnée d'éléphantiasis du scrotum. — Hernie de l'estomac à travers l'anneau inguinal du côté droit, diagnostiqué pendant la vie (1).

Dans une des salles des indigents de l'hospice

(1) *Du procédé opérat. à suivre dans l'exploration des organes, par la percussion,* p. 189.

de Bicêtre, se trouvait, en juillet 1830, un vieillard de 73 ans, nommé Clément, dont la région scrotale était envahie par une tumeur énorme descendant jusqu'au genou. Le malade déclarait avoir eu un premier effort dans l'aine gauche en 1814, et quelques mois plus tard, un deuxième effort dans l'aine droite, en soulevant de pesants fardeaux. Ces deux hernies, ne se trouvant contenues par aucun bandage, avaient pris un accroissement rapide: en 1820, Clément, dont le scrotum avait déjà acquis un volume quadruple, se blessa avec un éclat de bois sur un point de la tumeur, qui en conserva la cicatrice. Cette blessure fut longue à guérir; mais, aussitôt qu'elle fut fermée, il reprit ses travaux, qu'il fut obligé d'interrompre à plusieurs reprises pour entrer dans les hôpitaux. En 1827, forcé par le besoin, il se remit au travail, sans aucun bandage; et la tumeur, augmentant toujours sensiblement de volume, devint mamelonnée à sa partie inférieure. Au niveau de son union avec le tronc, elle offrait un rétrécissement très marqué, et présentait en avant une saillie bifurquée dont chaque branche correspondait au trajet des canaux inguinaux. Elle avait quatre-vingt-dix centimètres de circonférence à sa partie moyenne; la verge avait disparu dans son épaisseur. Le méat urinaire ne se voyait plus; on trouvait, pour l'issue de l'urine, une ouverture vulviforme, verticale, de quatre centimètres de hauteur. Elle était formée par l'extrémité antérieure du pré-

puce, et située à la partie moyenne de la tumeur. Celle-ci, sillonnée par quelques veines variqueuses, et excoriée, à droite et à gauche, aux endroits où elle appuie sur les cuisses, présentait une coloration brunâtre, interrompue inférieurement et à gauche par une cicatrice blanchâtre, où le *pigmentum* avait disparu. D'autres colorations, mais beaucoup moins étendues, existaient au niveau de quelques pertuis folliculaires dont les diamètres ont atteint une ligne et demie : le raphé du scrotum se trouvait dévié à droite de plus de quatre centimètres. La peau qui recouvrait la tumeur était mince en haut, et paraissait tout-à-fait saine ; on la pinçait avec facilité. Il n'en était pas de même inférieurement : là elle était inégale, pâteuse, et conservait un peu l'impression du doigt. Elle y présentait un grand nombre de mamelons irréguliers, séparés par des espaces plus ou moins profonds. Son épaisseur et son adhérence, très grandes en cet endroit, ne permettaient pas de l'isoler des parties sous-jacentes, et de la pincer entre les doigts. La mollesse que la tumeur présentait à son tiers inférieur, son aspect et son volume dans la même portion, permettaient d'en rattacher la cause à une sorte de combinaison intime et ancienne de sérosité.

Après ce premier examen, M. Fabre chercha quelle était la nature de cette tumeur, et fit ses efforts pour reconnaître les parties qui entraient dans sa composition ; il ne tarda pas à s'aperce-

voir que c'était réellement la maladie connue sous le nom d'*éléphantiasis* du scrotum ; mais comme il se rappela que ce mal avait été désigné sous les noms de *hernie charnue*, d'*hidrocèle endémique du Malabar*, de *sarcocèle d'Égipte ;* il voulut s'assurer si cette tuméfaction énorme n'etait pas due à la présence de quelques-uns des viscères abdominaux, à une dégénérescence cancéreuse des testicules, ou à des épanchements séreux dans l'épaisseur des enveloppes des organes sécréteurs du sperme. La présence de deux saillies oblongues, situées sur le trajet de chaque canal inguinal, lui faisait soupçonner l'existence d'une double hernie; mais le volume du ventre proportionné à la maigreur de l'individu, l'irréductibilité de la tumeur, élevèrent des doutes contre cette idée : il interrogea inutilement les digestions, et demanda au malade des renseignements qui ne lui parurent pas assez précis pour dissiper ses incertitudes. Alors il eut recours à la percussion médiate qui les dissipa entièrement. Disons qu'auparavant il n'avait pu constater dans aucun point de la tumeur la présence des testicules, et que nulle part il n'existait fluctuation, ni transparence dans les parties tuméfiées.

Voulant s'assurer de l'exactitude de ses conclusions, M. Fabre soumit ses moyens d'exploration à ses collègues et amis, MM. Bergeon et Martins, avec lesquels il procéda à un nouvel examen. Ils prirent le vieillard à jeun et au sortir de son lit; la tumeur percutée par chacun deux donna un son

très clair dans les parties déjà indiquées. Ils le firent boire et manger sous leurs yeux, et bientôt à droite, et à l'endroit même où existait auparavant un son très clair, se trouvait une matité des plus marquées. Cette épreuve parut si concluante à MM. Bergeon et Martins, qu'ils n'hésitèrent plus à embrasser son opinion, bien que, précédemment, elle eût été en butte à leur critique. Plus tard, de nouveaux signes vinrent confirmer la vérité. A mesure qu'ils faisaient manger le vieillard, il virent très sensiblement la tuméfaction progressive de la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur; et de plus, en appliquant la main sur la même partie, et en faisant boire en même temps le malade, ils perçurent très bien le choc du liquide qui arrivait presque instantanément dans son intérieur.

Le professeur Piorry a avancé (1) que lorsque l'estomac est le siége d'une tumeur solide, le doigt qui le percute y trouve de la dureté et de la matité; que si cette tumeur occupe la partie antérieure de l'organe, et si des gaz se trouvent derrière elle, la percussion faite légèrement, et sans appuyer beaucoup le plessimètre, donne un son mat; que celui-ci est remplacé par un son plus clair, lorsque l'instrument est frappé avec plus de force. Le professeur Piorry pense que la plessimétrie est,

(1) *L. c.*, p. 83.

pour l'estomac et les intestins, de beaucoup préférable à la percussion médiate pratiquée sur le doigt, et à plus forte raison à la percussion directe, ainsi que nous l'avons indiqué au commencement de cette thèse. Le professeur Piorry ajoute que si le plessimètre déprime assez la tumeur pour l'accoler à la paroi postérieure du ventre, le son qu'elle donne est mat, et que cette matité varie en raison de la densité de la tumeur. N'ayant pas eu occasion de constater ces différentes assertions, nous nous contentons de les exposer, ainsi que la suivante : savoir, que lorsqu'une tumeur de l'estomac occupe la face postérieure de cet organe, et que des gaz séparent la partie antérieure du viscère de cette tumeur, la percussion faite sur le plessimètre, légèrement appliqué, donne un son clair, tandis qu'en déprimant davantage on trouve la matité due à la tumeur.

Ce que nous pouvons affirmer, d'après un examen aussi attentif que réitéré, c'est qu'en limitant exactement l'estomac, à l'aide de la percussion, on parvient à saisir les rapports de contiguité ou de continuité de celui-ci et du foie, ce qui peut amener à des inductions diagnostiques et pronostiques, comme le fait judicieusement observer le professeur Piorry (1), et comme peut en donner une idée l'observation suivante, puisqu'une tumeur développée entre les deux viscères a pu être dia-

(1) *L. c.*, p. 85.

gnostiquée pendant la vie et constatée après la mort :

Kiste occupant toute la région épigastrique.

Le nommé Isnard, âgé de 67 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 1er avril 1842, et fut couché au n° 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Atteint depuis trois ans de douleurs abdominales et surtout épigastriques, avec constipation opiniâtre, sans vomissement et sans mouvement fébrile, ayant conservé l'appétit et le sommeil ; il ne put préciser l'époque à laquelle son ventre avait augmenté de volume, et ne donna qu'un rapport incompl t des traitements que lui avaient fait subir deux médecins. Ce qu'il y a d'important, c'est qu'il n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations et que, depuis un an, il s'est affranchi de tout traitement. Éprouvant depuis trois mois des bourdonnements et des étourdissements suivis de chûtes et de pertes de connaissance, il s'est enfin décidé à entrer à l'hôpital.

En outre des simptômes que nous avons déjà signalés, l'abdomen est le siége d'une tumeur très volumineuse, occupant presque toute la partie droite de sa cavité et s'étendant à plusieurs centimètres au-delà de la ligne médiane, du côté gauche. Dure au toucher, un peu inégale, assez facile à circonscrire par la palpation, indolente à la

pression et à la percussion, elle présente partout une matité complète, qui, à droite, se continue avec celle du foie. La région où correspond le grand cul-de-sac, toute la partie latérale et inférieure droite de l'abdomen, ainsi que la région hipogastrique, rendent un son clair. La rate présente son volume normal. Remontant vers le thorax, on ne constate rien de bien notable pour le cœur, qui est en partie recouvert par une lame de poumon. La respiration est bonne, régulière partout.

Le malade ne présente rien de remarquable jusqu'au 6 mai, époque où il se plaint, en outre de maux de tête, d'un mal de gorge, avec de grands efforts de vomissement. Une matière brune, sanguinolente, semblable à de la suie, est rendue par cette voie. L'énorme tumeur abdominale a disparu pendant ces efforts ; le ventre est devenu souple, et ses parois se sont recouverts d'une couleur érisipélateuse. Les vomissements noirâtres, auxquels se sont joints quelques selles, se continuent jusqu'au lendemain. Le ventre conserve sa souplesse, mais il est douloureux ; ses points les plus déclives rendent un son mat à la percussion : sans décrire les détails ultérieurs, il nous suffit de dire que cette péritonite, dont nous suivîmes la marche avec intérêt, se termina par la mort.

Les résultats de la percussion et de la palpation avaient déjà conduit le professeur Bouillaud dans le service de qui se trouvait Isnard, à annoncer

que la tumeur de ce malade était un kiste hidatique logé entre le foie et l'estomac, la nécropsie est venue confirmer ce diagnostic. En effet, à peine les organes abdominaux étaient-ils mis à découvert, que l'on aperçut entre l'estomac distendu par des gaz et la face concave du foie, un kiste presque entièrement caché par ces deux organes, présentant une déchirure de quatre à cinq centimètres de long, et permettant l'introduction de quatre doigts. Les bords de cette déchirure sont assez réguliers; fendu dans toute sa hauteur, le kiste présente des parois cartilagineuses, résistantes, ayant trois ou quatre millimètres d'épaisseur. Dans l'intérieur de ce kiste, se trouvent des masses d'hidatides, ayant elles-mêmes la forme de kiste, ne présentant aucune trace de vaisseaux, et de consistance gélatineuse.

Intestins.

Les résultats que donne la percussion des intestins sont très nombreux et d'une grande utilité pratique, dit le professeur Piorry; et nous sommes d'autant plus porté à ne pas trouver d'exagération dans cette manière de s'énoncer, que la science possède déjà un assez grand nombre de faits concluants. Aussi les rapprocherons-nous avec soin et les laisserons-nous, pour ainsi dire, parler eux-mêmes. Nous ne croyons cependant pas pouvoir nous dispenser de retracer les données principales qui sont

consignées dans le *Traité de diagnostic et de séméiologie*, où, après avoir indiqué la matité et la sonorité dont les rapports sont avec la nature gazeuse ou solide des intestins, l'auteur pose en principe qu'on peut, à l'aide de la percussion médiate, déterminer la place qu'occupent dans l'abdomen les différentes parties du tube digestif et préciser quels sont leurs rapports avec tel ou tel point des parois.

La première de ces données est qu'une matité prononcée dans le cœcum et dans l'S iliaque y indique la présence de matières fécales, dont la consistance est dure, si la matité est accompagnée d'une sensation de résistance au doigt, et qui sont molles dans le cas contraire. Il paraît même, d'après des faits, qu'on peut approximativement juger de la quantité des féces que l'intestin contient. Par la comparaison que l'on établit entre le siége d'une douleur abdominale et la présence des bruits que donne la percussion, on reconnaît, dans certains cas, le siége d'une douleur intestinale. Si un rétrécissement dans le gros intestin est situé assez haut pour ne pouvoir pas être exploré avec le doigt, il est possible à l'aide d'injections abondantes dans le rectum et qui s'élèvent jusqu'au rétrécissement, sans pouvoir le dépasser, de déterminer la hauteur de la concrétion, car au-dessous se trouvera la matité des liquides injectés, et au-dessus la sonorité des intestins remplis de gaz. Les applications pratiques de ce fait, dit M. Piorry, peu-

vent être d'une grande importance en chirurgie : nous ajoutons que l'idée est fort ingénieuse. En effet, dans les cas où des anses d'intestin sont engagées dans des hernies, on reconnaît, par la nature des sons que donnent ces organes remplis de gaz, qu'il s'agit du tube digestif. Si, par des injections dans le rectum, ces bruits sont modifiés, il est évident qu'il s'agit du gros intestin.

Ce diagnostic des hernies a pourtant soulevé quelques objections dont voici la principale : quand on percute une tumeur située à la paroi antérieure de l'abdomen, le résultat varie suivant le degré d'intensité qu'on imprime à la percussion. Ainsi, le son est mat, ou presque mat, si l'on percute légèrement ; il est plus ou moins clair si l'on percute fortement en déprimant la tumeur soit avec le doigt, soit avec le plessimètre. Dans le premier cas, la matité dépend de l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen, ou de la consistance de la tumeur, ou bien encore de l'une et de l'autre de ces deux causes. Dans le second cas, la sonorité est due à la présence de gaz contenus dans les intestins situés derrière la tumeur.

Or, quand on percute une hernie intestinale, n'est-on pas fondé à dire que la sonorité est due aussi bien à la présence de gaz contenus dans le paquet des intestins situés derrière la tumeur, qu'à ceux contenus dans la portion étranglée ? et comme la différence des deux sons ne peut être attribuée qu'à deux degrés souvent fort peu appréciables de

percussion, n'est-on pas amené à conclure que celle-ci est de nulle valeur dans le diagnostic des tumeurs des parois abdominales?

M. Piorry s'est alors livré à des essais de percussion latérale; au lieu de diriger le plessimètre perpendiculairement à la tumeur, il l'enfonce au-dessus de la circonférence supérieure de la hernie, de telle manière que l'axe de l'épaisseur de l'instrument soit parallèle à celui de la paroi antérieure de l'abdomen. Par là il dérobe à la percussion les intestins situés derrière la tumeur, et prouve d'une manière sans réplique que la sonorité, si elle a été obtenue, doit être attribuée seulement à la présence de gaz contenus dans la tumeur.

Cette percussion *latérale* a été employée, pour la première fois, samedi dernier, sur une hernie sus-ombilicale que présentait une femme couchée au n° 22 de la salle Sainte-Geneviève à la Pitié; la sonorité obtenue par cette modification a été parfaite, et pour prévenir le moindre doute, M. Piorry forme, au moyen d'un pli fait dans la paroi antérieure de l'abdomen, une tumeur du volume de la hernie. La percussion pratiquée *latéralement* sur cette couche de peau, du tissu cellulaire, de muscles, etc., etc., donne le son mat classique, *tanquam percussu femoris* (1).

(1) Note de M. Hervey, dans la *Gazette des médecins praticiens*, 20 février 1839.

Quant aux épanchements qui surviennent si souvent à la suite des plaies pénétrantes de l'abdomen, dans lesquelles les intestins éprouvent des solutions de continuité plus ou moins grandes, comment ne reconnaîtrait-on pas l'influence heureuse que doit avoir la percussion sur leur diagnostic, si l'on se rappelle ce que nous avons dit des épanchements thoraciques? Nous rapporterons d'ailleurs une observation dans laquelle le diagnostic fut aussi exact que possible, sans le secours des signes qui sont propres aux plaies abdominales et qui éclairent déjà, par eux-mêmes, le diagnostic, tels que la connaissance de la longueur à laquelle une arme blanche, par exemple, a été introduite, etc. Nous avons choisi un fait où il sera question d'un épanchement survenu à la suite d'une ulcération spontanée de l'intestin.

Tumeur stercorale dans le colon tranverse reconnue au moyen du plessimètre. — Vomissements. — Leur cessation après l'administration d'un purgatif (1).

Delplace, âgée de 21 ans, couturière, est entrée, le 1[er] juillet 1834, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Joseph, n° 58. Bien réglée depuis l'âge de 18 ans, elle se portait bien habituellement. Sa maladie a commencé par du dévoiement, de la fièvre et des vomissements. Les accidents durèrent quinze jours, et

(1) Thèse de M. Raciborsky, soutenue à Paris, le 2 décembre 1834.

ensuite l'estomac se rétablit. Trois semaines après, les accidents reparurent, les vomissements et le dévoiement recommencèrent et se prolongèrent jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital. La malade assure que les vomissements ont disparu la première fois sous l'influence de la glace. On a eu recours depuis son arrivée à des applications émollientes, à des sangsues, qui ont amené peu de soulagement. — *État actuel:* langue naturelle, rosée; douleur à l'épigastre qui est fort tendu, et sur lequel il est très difficile d'exercer la palpation; cependant on découvre par ce mode d'exploration, dans le creux de l'estomac, une tumeur dure, résistante, arrondie, bosselée. La percussion trouve de la sonorité à gauche; et, à droite de la tumeur, on trouve au contraire dans la région de celle-ci de la matité, qui s'étend jusqu'au foie. Les parois abdominales sont complètement sonores; point de matières dures. La malade a vomi encore hier des matières verdâtres très amères; une seule selle; soixante-quinze pulsations; respiration facile; (toutes les demi-heures un fragment de glace; cataplasme sur le ventre; lavement avec laudanum; une panade.) Le 8, la glace employée a arrêté le vomissement, tandis que la limonade et les autres tisanes le déterminent. On trouve encore la tumeur décrite plus haut. Dans l'intention de s'assurer si ce ne sont pas les matières stercorales contenues dans le colon transverse qui forme la tumeur, on administre à la malade un lavement purgatif. Elle

rend une assez grande quantité de matières dures et moulées. Les jours suivants, les lavements émolients déterminent de nouvelles selles liquides. Le vomissement cesse complètement ; l'appétit revient; on ne sent plus aucune tumeur à l'épigastre. La malade reste encore quelques jours à l'hôpital; le dévoiement continue, parce qu'il y a des tubercules dans les intestins; mais le vomissement ne revient *plus*.

Engouement des gros intestins par les matières fécales, découvert au moyen du plessimètre. — Mouvement fébrile. — Lavements purgatifs. — Disparition de la fièvre.

Richard, passementière, âgée de 52 ans, ayant eu sept enfants, entra le 10 octobre 1834 à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Madeleine, n° 3, pour une constipation dont elle était souvent atteinte, et qui donnait lieu de temps à autre à des indispositions assez fortes pour l'obliger à s'aliter. Ces indispositions étaient principalement caractérisées par de la céphalalgie sus-orbitaire, de la chaleur dans tout le corps, de la soif et de l'inappétence. Quoiqu'elle n'eût pas poussé de selles depuis huit jours, lorsqu'on l'examina pour la première fois, son ventre était indolent. Mais la percussion plessimétrique qui donna le son timpanique vers la région ombilicale, dans les intestins grêles, fournit un son mât depuis le cœcum inclusivement jusque

vers la courbure gauche du colon. Cette matité disparaissait dans le trajet du colon descendant, pour se faire entendre de nouveau dans la région iliaque gauche, correspondant à l'S iliaque. La malade ayant éprouvé des nausées, il lui fut donné deux lavements huileux, et deux bouillons aux herbes. Deux selles liquides, copieuses, furent rendues; la céphalalgie diminua, la langue, qui était auparavant sèche, hérissée de papilles blanches, s'humecta et se nettoya; l'appétit se fit sentir, et la chaleur tomba d'une manière notable. Aussi le 12, la percussion indiquait-elle dans la région susdite moins de résistance au doigt, quoique la matité fut la même. De nouveaux lavements huileux ayant procuré une nouvelle selle abondante, la matité avait presque disparu le 13. Elle était complètement nulle le 14, jour où la malade prit un bain et encore un lavement. Le 15, une selle composée de peu de matières solides fut rendue et la femme Richard sortit le 16 dans un très bon état, son ventre étant souple, tandis qu'il était rénitent, à son entrée dans l'hospice.

Présence des fèces dans les intestins, démontrée par la percussion plessimétrique. — Progression des matières déterminée par des pressions exercées sur l'abdomen.

Un étudiant en droit fut atteint, dans les derniers jours du mois de juin (1835), d'une entérite tiphoïde, pour laquelle M. Piorry donna

des soins, conjointement avec M. Barthélemy, élève fort studieux. Les détails de ce cas seraient ici déplacés. Le malade guérit. Le 1er juillet M. Piorry constata par la percussion que l'S iliaque du colon était très sonore; mais que le cœcum donnait lieu à une matité marquée, et sans résistance au doigt. Il pensa dès alors à faire cheminer par des pressions les fèces dans toute l'étendue du gros intestin, et à aider cette progression par la position du corps. Le malade fut donc placé sur le côté gauche du lit, et des pressions assez fortes furent faites pendant quelques secondes suivant la direction ascendante, puis transversale du colon. La main qui exécutait ces pressions sentit un gargouillement assez remarquable. Bientôt la percussion plessimétrique trouva que le cœcum était devenu sonore, que l'S iliaque donnait lieu à de la matité. On fit des frictions sur l'intestin grêle ; le cœcum donna alors par la percussion le bruit *humorique*, et un peu de matité qui se dissipèrent à la suite de pressions nouvelles, tandis que la matité de l'S iliaque augmentait. Quelques moments après, des selles survinrent, et l'S iliaque redevint sonore. Les jours suivants, M. Barthélemy renouvela à plusieurs reprises ces tentatives, et les effets furent les mêmes. (*Bulletin clinique*, tome 1er, p. 101.)

Stase des matières stercorales.—Rétrécissement du rectum. — Guérison.

« Le 28 novembre 1834 fut placée, au n° 60 de la salle Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu, une femme robuste, pléthorique, âgée de 39 ans, chez laquelle les règles se dérangeaient depuis deux ans. Elle avait fréquemment un écoulement blanchâtre par la vulve; depuis longtemps des hémorrhagies externes la tourmentaient. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé, vers l'ombilic, des douleurs vives, suivies d'un écoulement de sang par les selles; ses douleurs étaient revenues fréquemment sans cause connue. Les questions les plus nombreuses et l'examen le plus attentif des organes ne faisaient trouver autre chose qu'une légère ulcération du col utérin. Mais la percussion du bas-ventre démontra que l'S iliaque du colon et le cœcum contenaient des matières accumulées, ce qui conduisait à regarder, comme très probable, une maladie du rectum, qu'on se décida à toucher. Alors, à *quatre pouces* de profondeur, on trouva un rétrécissement dans lequel on put à peine faire admettre un stilet boutonné; une sonde très fine de gomme élastique, puis une mèche un peu plus volumineuse, y furent introduites. Le jour suivant, on plaça au centre de la mèche et à son sommet un fragment d'éponge préparée,

qu'on fit pénétrer de cette manière dans l'orifice. Celui-ci se dilata de telle sorte, qu'il permit bientôt l'introduction du doigt indicateur; et les jours suivants une mèche très volumineuse fut introduite. Le rétrécissement ayant alors peu d'épaisseur ressemblait assez bien à une cloison perforée au centre, cloison qu'on se proposa d'inciser avec des ciseaux courbés vers la pointe : l'amélioration fut si complète et si prompte qu'on y renonça ; il en fut ainsi de la compression du rectum qu'on voulait faire par le vagin, et qui fut inutile. Aussitôt après l'application des premières mèches, la malade rendit une énorme quantité de matières; depuis, elle n'éprouva plus de coliques. On cautérisa le col utérin avec du nitrate acide de mercure, et la lésion qui y existait paraissait guérie lors de la sortie de la malade, dans le mois de janvier. Le toucher ne trouvait presque aucune trace de la maladie de l'intestin. »

Ce fait est d'un haut intérêt pratique, ainsi que le dit le professeur Piorry, qui l'a consigné dans le *Bulletin clinique* (tome 1er, p. 8). Il fait voir toute l'importance qu'il y a à étudier l'état organique de toutes les parties chez un malade donné ; et nous regrettons vivement que les moyens thérapeutiques, qui ont si bien réussi chez le sujet de cette observation, n'aient pas été mis en usage, par les médecins qui l'ont primitivement soigné, chez un malade qui a été l'objet d'une leçon clinique de l'un de nos honorables compétiteurs, et

qui présentait un semblable rétrécissement du rectum. Cette observation ayant été publiée avec l'assentiment de l'opérateur, nous pouvons nous permettre de la reproduire, dans l'intérêt de la science.

Rétrécissement valvulaire du rectum situé à sept ou huit centimètres au dessus de l'anus, datant de dix mois, survenu chez un homme âgé de 28 ans, observation recueillie dans le service de M. Breschet, par M. Demarquay, *interne des hôpitaux.*

« Le 20 avril dernier, Victor Pion, âgé de 28 ans, cultivateur aux environs de Paris, se présenta à la consultation de M. Breschet et fut immédiatement reçu et placé salle Saint-Côme, 25. Cet homme, quoique jeune, paraît assez âgé, tant sa phisionomie est altérée par les douleurs qu'il dit avoir éprouvées; marié depuis sept ans, il a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1839. Ses parents ne paraissent point avoir éprouvé de maladies graves. Pion dit ne s'être jamais livré à aucun excès. Ses digestions se sont toujours bien faites, et jusqu'à l'âge de 26 ans, il n'avait éprouvé aucun trouble du côté du tube digestif. Ses défécations étaient normales; mais, il y a deux ans, il ressentit quelques coliques d'abord légères et ne revenant qu'a une époque plus ou moins éloignée, et surtout lorsqu'il mangeait des fruits ou des légumes. Malgré ces douleurs, Pion continuait ses rudes travaux; seulement quand

le mal se faisait sentir, il gardait le repos une demi-journée ou une journée, et tout rentrait dans l'ordre. Au bout de quelques mois, les coliques augmentèrent; elles furent plus douloureuses et plus longues; elles s'accompagnaient de vomissements. Le ventre était tendu et douloureux. Cet état de souffrance était un peu calmé par l'usage des bains, des cataplasmes et des lavements. Néanmoins les selles n'étaient pas plus abondantes ni plus fréquentes qu'aux jours de la meilleure santé; l'appétit et les fonctions digestives n'étaient point profondément troublés. Il y a dix mois, aux désordres que nous venons de mentionner s'en joignirent d'autres plus graves encore. Pion s'aperçut que ses défécations étaient plus rares et plus pénibles, les matières étaient rendues sous forme de châtaigne; leur sortie était accompagnée de violents efforts et de douleurs. A dater de cette époque, cette gêne dans la défécation alla toujours en augmentant, la maigreur survint peu à peu, l'appétit diminua. Le ventre, qui n'acquérait du développement qu'au moment des coliques, resta définitivement dur, ballonné. Cette constipation fut combattue par des lavements et des purgatifs qui amenèrent souvent des débâcles à la suite desquelles le malade se trouvait infiniment mieux. Cependant, la maladie nouvelle ne fit qu'augmenter : les coliques jadis passagères devinrent presque continuelles; les selles n'avaient plus lieu que tous les huit ou dix jours; au mois de janvier dernier, elles ne furent rendues qu'après

dix-huit jours d'efforts, et cependant ce malheureux malade se présentait souvent jusqu'à douze et quinze fois dans les vingt-quatre heures. Alors il rendait souvent des gaz qui le soulageaient un peu et une matière blanche mêlée d'un peu de matière fécale.

» Jusqu'au mois de mars dernier, Pion avait souffert sans faire aucun traitement suivi; à cette époque il vint consulter au bureau central et fut immédiatement placé à l'Hôtel-Dieu annexe, où les soins qu'il reçut n'apportèrent que peu de changement à son état. Il quitta cet hôpital après un mois de séjour et vint demander à entrer à l'Hôtel-Dieu le 20 avril dernier. Au moment de son entrée, le malade se trouvait dans l'état suivant : son corps et ses membres sont amaigris; sa figure exprime la douleur, ses yeux sont ternes et ses joues creuses, il se tient presque assis dans son lit, le décubitus augmente la douleur. Le ventre est dur, ballonné, la pression est douloureuse; on ne sent point distinctement de matières fécales; la percussion fait reconnaître des gaz. La langue est un peu rouge à la pointe, inappétence, soif modérée, borborygmes et douleurs d'entrailles continuelles, efforts pénibles et impuissants de défécation, malaise et pesanteurs dans le rectum; émission assez fréquente d'urines. Si l'on introduit le doigt par l'anus, on sent, à 3 centimètres de cette ouverture et à droite, une tumeur grosse comme un œuf de poule et présentant une grande résistance; cette tumeur semblait

pousser le rectum à gauche. Si le doigt la contournait, en suivant toujours le trajet du rectum, on découvrait, à sept ou huit centimètres de l'anus, un rétrécissement circulaire, comme fibreux, présentant une assez grande résistance, laissant pénétrer l'extrémité du doigt au moyen de l'élasticité dont il était doué. Lorsque l'extrémité du doigt avait pénétré dans cet anneau, on sentait les matières fécales dures et réunies en une masse compacte. Si de plus on examinait avec attention, on découvrait facilement que la tumeur mentionnée plus haut était formée par une dépression latérale de l'intestin contenant de matières fécales. Une sonde introduite dans la vessie se trouvait repoussée légèrement à gauche. La prostate ne nous a présenté rien de notable. Le malade ne souffrait nulle part ailleurs. Sa peau était sèche et chaude, le pouls petit, fréquent et dépressible. Le diagnostic suivant fut porté par nous et confirmé par MM. Breschet, Bérard jeune et Récamier : rétrécissement valvulaire et fibreux de la partie supérieure du rectum. Le même jour de son entrée, ce malade avait été choisi pour être le sujet d'une leçon clinique. Le lendemain 21 et le 22 au matin, le malade n'était pas plus mal que le jour de son entrée. M. Breschet jugea à propos de laisser reposer le malade et tenta de provoquer la sortie des fèces; il prescrivit à cet effets des bains, des cataplasmes et des lavements purgatifs. Dans la nuit du 22 au 23, le malade vomit des matières fécales en assez grande quantité.

» Le 23, à la visite, l'état général du malade ne permettait aucun retard. Le ventre était plus tendu et plus douloureux; la face était grippée, le pouls à 120 pulsations et petit. M. Récamier fut alors prié de voir le malade, qui fut de nouveau examiné par MM. Breschet, Récamier et Desprès, en présence de plusieurs internes de l'Hôtel-Dieu. Il fut alors décidé que M. Breschet ferait une légère incision à la vulvule qui formait le rétrécissement.

» L'opération fut faite de la manière suivante : M. Breschet introduisit l'index de la main gauche dans le rectum jusque dans l'anneau valvulaire lui-même, puis il glissa sur la face antérieure de ce doigt un bistouri herniaire et fit une légère incision, qui permettait néanmoins de franchir le rétrécissement et de sentir les matières fécales accumulées au-dessus, ainsi que la poche formée par l'élargissement de l'intestin. Cette incision, que nous pûmes constater, était située en arrière et à gauche. A l'aide de cette opération, on fit sortir quelques matières; des lavements nombreux ainsi que deux gouttes d'huile de croton furent donnés par un des internes du service. Disons de plus qu'on avait essayé après l'incision de faire sortir les excréments avec la curette, mais que la consistance de ces derniers avait rendu cette opération inutile et fatigante. Un bain, des cataplasmes sur le ventre et un peu de bouillon furent prescrits.

» Dans l'après-midi, il survint un petit écoulement de sang par l'anus; à quatre heures du soir, le ma-

lade était dans le même état que le matin, il n'avait encore rien rendu. Dans la nuit du 23, le malade vomit encore des matières fécales, et le matin du 24 il eut une débâcle; il remplit deux bassines de matières liquides et mêlées à d'autres, dures et grosses comme des noix; à la suite de cette débâcle, Pion mourut vers sept heures.

» *Autopsie quarante-huit heures après la mort*. Elle fut faite en présence de MM. Breschet, Bérard, Amussat, Vidal de Cassis, Thierry, Debrou et Demaux. Le péritoine ne contenait qu'une faible quantité de sérosité roussâtre (1). Cette membrane paraissait assez vivement enflammée; quelques anses intestinales étaient réunies au moyen de faussses membranes très ténues. Le grand épiploon présentait de plus une altération ancienne. Il était revenu sur lui-même et comme accolé à la grande courbure de l'estomac; son épaisseur était de plusieurs centimètres dans certaines parties; la section présentait une coloration blanchâtre dans un point et brunâtre dans d'autres; dans l'épaisseur du mésentère seulement, on voyait des petits points blancs fort nombreux, gros comme des pois, et qui ont paru à plusieurs personnes de nature tuberculeuse. L'intestin grêle était vivement injecté et rempli de matières fécales liquides mêlées à des gaz. Les parties ascendante et transverse du colon étaient également développées et remplies des mêmes matières:

(1) Il en existait une faible quantité un peu trouble dans le petit bassin.

quant à la partie descendante de cet organe, elle était dans son état normal. Pour ce qui est du volume seulement, la partie inférieure de l'S iliaque était développée et remplissait une partie du petit bassin. Le gros intestin occupait sa place habituelle. Si, les parties étant encore en place, on introduisait le doigt dans le rectum, on franchissait le rétrécissement qui était loin alors de présenter la résistance qu'il offrait pendant la vie. Après avoir scié le bassin en avant, comme l'on soupçonnait une petite perforation à la partie supérieure du rectum, on introduisit une sonde de femme qui pénétra dans le péritoine. On fendit alors le rectum, on mit à nu la partie malade, et l'on vit bien que l'incision faite par M. Breschet se trouvait en arrière un peu à gauche, et qu'elle ne comprenait que la membrane muqueuse, tandis que la perforation se trouvait à un centimètre au-dessus de la partie opérée et plus en arrière, en un mot, en dehors de la partie du bistouri herniaire. Il existait de plus quelques ulcérations sur la membrane de l'S iliaque; une partie de cette membrane était fongueuse et se présentait à l'orifice de la valvule; elle était du volume d'une cerise.

» Le gros intestin étant revenu sur lui-même, la poche que nous avons mentionnée plus haut, qui formait tumeur avant la mort du malade, n'existait plus.

» Le siége du rétrécissement est bien celui que nous avons indiqué. La membrane muqueuse en ce point

formait un repli d'une ligne environ. Après avoir disséqué cette membrane, nous trouvâmes un cercle de fibres musculaires assez épais en arrière, et latéralement les fibres musculaires étaient très apparentes ; mais, en avant, ces fibres semblaient converties en un tissu fibreux assez dense et inextensible. La prostate était également dégénérée en une espèce de squirrhe, présentant des fibres blanches irrégulièrement placées : son volume n'était point augmenté. Disons, en terminant, que la partie musculaire du gros intestin était plus épaisse, et que les fibres circulaires et longitudinales étaient très apparentes.

» Un mot maintenant sur cette observation. Deux choses fixeront surtout notre attention. Je veux parler de la perforation et du rétrécissement. Et d'abord, à quelle époque remonte cette perforation ? Les soins avec lesquels a été faite cette autopsie ne permettent point de penser qu'elle ait été le résultat de traction ou d'autres violences. Si donc elle est antérieure à la mort du malade, elle ne peut dépendre que de l'action du bistouri ou d'un travail organique. La première supposition n'est point admissible : les personnes qui étaient présentes à l'opération ont vu avec quelles précautions M. Breschet avait agi. Notons de plus que ce chirurgien se servit d'un bistouri herniaire recourbé et boutonné, dont le tranchant n'avait que quelques lignes ; et ce qui vient surtout à l'appui de cette opinion, c'est que la perforation se trouvait supérieure à l'incision et

plus en arrière. Nous pensons donc, d'après ces raisons, que cette perforation a été le résultat d'un travail organique, et qu'elle s'est faite au moment de la mort. Ce qui milite en faveur de cette manière de voir, c'est que nous avons rencontré des ulcérations dans la partie inférieure de l'S iliaque du colon. Enfin, si cette perforation eût été le fait de l'opération, le péritoine eût été rempli par les lavements qui ont été donnés en si grande quantité, et, au moment de la débâcle, les fèces n'eussent point manqué de pénétrer dans l'abdomen. Peut-être les anses intestinales qui remplissaient le petit bassin avaient-elles formé un obstacle suffisant au moyen de brides délicates qui auraient été rompues en ôtant la masse intestinale du petit bassin.

» Le rétrécissement, qui fait l'objet de cette observation, avait été regardé pendant la vie comme de nature fibreuse, et cependant, à l'autopsie, on ne trouve que dans une partie ce qui paraissait si évident pendant la vie. Peut-être pourrait-on expliquer ce rétrécissement causé en grande partie par l'hipertrophie des fibres circulaires, en se rappelant les antécédents du malade. Depuis deux mois ce malheureux était affecté d'un travail morbide qui se passait dans la cavité abdominale : il n'est point impossible d'admettre que, sous l'influence de ce travail, les fibres musculaires de l'intestin n'aient acquis un plus grand développement, et surtout dans cette partie de l'intestin correspondant à la partie supérieure du rectum où, suivant l'opinion

d'O Beirne sur la défécation, il devrait se trouver une espèce de sphincter. Cette partie, dis-je, ayant acquis une certaine résistance et une certaine contractilité de tissu, devait tout naturellement, au moyen d'un retrait sur elle-même, s'opposer d'abord légèrement, et plus tard d'une manière presque complète, à l'issue des matières. Dès lors dilatation de l'intestin circulairement et surtout latéralement, et, en définitive, tension mécanique de la valvule et resserrement organique causés par l'irritation continuelle des matières. Dès lors on conçoit la sensation d'une résistance fibreuse lorsque le doigt venait donner une nouvelle tension à la valvule en cherchant à la franchir. Toutefois, ce n'est là qu'une hipothèse; il n'est point impossible que certains rétrécissements, regardés comme fibreux, dépendent d'un développement anormal des fibres charnues : le traitement, dans ce cas, pourrait être fait à l'aide de dilatations soutenues. M. Thierry pense que tout rétrécissement organique du gros intestin se fait toujours au niveau d'un anneau de fibres circulaires de cet organe. Cette manière de voir, j'ai pensé devoir la consigner en même temps que je cherchais à expliquer le fait que j'analise.

» En présence de cette affection que nous avons rapportée avec détail, quelle devait être la conduite du chirurgien? Notons que, le 23 au matin, les indications d'agir étaient pressantes, et que les moyens les plus prompts devaient

être employés si on voulait soulager le malade.

» Parmi les moyens que l'on pouvait employer se présentaient l'anus artificiel, la dilatation et l'incision. Le premier de ces moyens ne devait point être employé dans ce cas, ce rétrécissement n'étant point de la nature de ceux pour lesquels M. Amussat a proposé l'opération dont il s'agit. La dilatation demandait un certain laps de temps pour produire un résultat avantageux, et l'indication était d'agir tout de suite; aussi M. Breschet se décida-t-il à faire la petite incision que nous avons décrite, comme étant la chose la plus propre à donner cours aux fèces accumulées dans les intestins : c'était d'ailleurs l'avis de toutes les personnes qui se trouvaient présentes à l'opération, et de M. Récamier en particulier qui avait pris un intérêt si vif à ce malade.

» En publiant cette observation, nous remplissons un devoir; nous rétablissons les faits tels qu'ils se sont passés, et nous faisons connaître une observation qui, peut-être, ne sera point considérée comme dépourvue d'intérêt. Nous n'avons pu examiner les organes contenus dans la cavité thoracique pour des raisons particulières. »

(*L'Expérience*, 5 mai 1842.)

Œdème du membre inférieur gauche déterminé par une tumeur stercorale comprimant la veine hipogastrique ou iliaque gauche. — On reconnaît la tumeur au moyen de la percussion médiate. — Disparition de l'œdème après l'expulsion de la tumeur par les purgatifs.

« Fremy, âgé de vingt-sept ans, tailleur, ayant contracté la gale, entra à l'hôpital Saint-Louis en décembre 1834, et pendant son séjour dans cet hôpital son pied gauche s'œdémasia ; ce qui n'empêcha pas le malade d'être renvoyé, sa gale étant guérie. Le gonflement du membre augmentant, Fremy entra le 7 janvier à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel. Scrupuleusement examiné, sa constitution parut bonne ; son cœur, ses poumons furent trouvés à l'état naturel ; le ventre était indolent ; mais, à la percussion, tout le côté gauche du bas-ventre, presque jusqu'au niveau de l'ombilic, donne un son complètement mat ; la même région, du côté opposé, donne un son clair ; le pied, la jambe, le genou et le tiers inférieur de la cuisse gauche sont notablement œdémasiés : rien de semblable du côté droit, et le malade n'a pas de fièvre. Il dit aller assez bien à la garde-robe, et on ne lui prescrit qu'une décoction de chiendent. Le 9 janvier, même état, mêmes signes fournis par la percussion du ventre, qui est dur et résistant. Le 11, la conviction étant acquise qu'aucune des veines

du membre inférieur gauche n'est ni dure, ni tendue, ni douloureuse, et les garde-robes étant peu abondantes, malgré les renseignements antérieurs du malade, l'œdème fut rapporté à la pression que pouvait exercer sur la veine hipogastrique ou le commencement de l'iliaque un amas de matières fécales, dures, accumulées dans un ou plusieurs points de l'intestin. Une bouteille d'eau magnésienne fut administrée sur-le-champ et bue tout entière à de courts intervalles. Le malade alla plus de douze fois à la selle, et très-abondamment. Le lendemain, 12, l'œdème était complètement dissipé; il n'en restait plus de trace le 14. Alors, percutant de nouveau la région qui avait offert une si complète matité, on la trouva sonore et souple. Le 15, le malade mangeait avec appétit, allait facilement à la selle. Le 16, il quitta l'hôpital. Il s'est représenté un mois après; il était très bien portant. » (*Archives générales de médecine*, 1834.)

Tumeur stercorale située dans le flanc droit prise pour une néphrite calculeuse, puis pour un abcès.

Lanvin, menuisier, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, éprouva, le 24 juillet 1828, une douleur très vive dans le flanc droit, se propageant le long de l'urétère jusqu'à la vessie, avec rétraction douloureuse du testicule correspondant, soif modérée, urine rouge, et pourtant peu de fièvre. Une application de vingt-cinq sangsues

sur la partie douloureuse, de l'eau de chiendent gommée et l'abstinence de tout aliment ne diminuèrent point la douleur, n'empêchèrent pas la soif et la chaleur d'augmenter, ni le pouls de devenir très fréquent et développé. Une nouvelle application de sangsues fut faite et le malade resta à la diète, ne faisant usage que de son eau de chiendent. Malgré cela, il se manifesta le soir du ténesme au col de la vessie, avec douleur et impossibilité d'uriner, tuméfaction sus-pubienne. Un bain général et une potion calmante firent disparaître ces derniers simptômes, et la douleur rénale diminua sensiblement. Lanvin n'étant pas allé à la selle depuis quatre ou cinq jours avant l'invasion de sa maladie, les voies digestives ne présentant d'ailleurs aucun point d'inflammation, le docteur Ducos, qui a relaté cette observation dans le Journal général de médecine, tome 108, prescrivit, le 26, trente grammes d'huile de ricin et autant d'un sirop, à prendre en deux fois. Ce laxatif fut rejeté par le vomissement : dès ce moment parut une irritation gastrique qui fut bientôt suivie de délire, mais qui fut aussitôt calmée par des moyens appropriés. Le 28, la douleur du flanc persistant toujours avec la même intensité, le docteur Ducos y aperçut pour la première fois de la tuméfaction, le ventre étant souple dans le reste de son étendue. Il prescrivit un lavement purgatif, à prendre en deux fois, qui provoqua plusieurs selles et par suite un dévoiement. Le 29, le docteur Lacloche ayant été appelé en consultation,

s'accorda avec son confrère pour penser que la tumeur, sensiblement augmentée d'ailleurs depuis la veille, présageait un abcès qu'on parviendrait peut-être à résoudre au moyen d'évacuations sanguines, de cataplasmes, de fomentations émollientes et de bains. En conséquence, trois applications de trente sangsues chacune furent faites depuis ce moment jusqu'au 3 août; une saignée de cinq cents grammes au bras fut en outre pratiquée, et les bains, ainsi que les lavements et les cataplasmes émollients, furent constamment mis en usage : malgré cela, la tumeur avait continué à faire des progrès et à être douloureuse.

Le docteur Dardonville, qui fut alors appelé, ayant confirmé le diagnostic de ses deux confrères, c'est-à-dire ayant cru à l'existence d'un abcès, fit appliquer un cataplasme maturatif sur la douleur, en continuant les bains, la boisson et les lavements émollients. La tumeur avait alors un diamètre vertical de cinq pouces et un diamètre transversal de trois; elle était donc ovalaire; son centre correspondait à l'endroit où l'on plonge le trois-quarts dans l'hidropisie ascite : les médecins purent même y reconnaître un peu de fluctuation le 6, et ils crurent indispensable d'y pratiquer une ouverture. Toutefois, avant d'y procéder, le docteur Dardonville proposa d'administrer un laxatif pour s'assurer si le canal intestinal serait parfaitement libre dans toute son étendue et si le liquide purulent y aurait un libre cours, dans le cas où l'abcès vien-

drait aboutir dans l'intestin. A peine le malade eut-il pris trente-deux grammes d'huile récente de ricin, mêlés à seize grammes de sirop de guimauve et à huit grammes de celui de diacode, qu'il eut des évacuations alvines extrêmement abondantes, dures et d'une apparence argileuse. Le lendemain, la tumeur avait presque totalement disparu ; la douleur était nulle : en un mot, le malade se trouva guéri, à la faiblesse près. Il demanda à manger, on lui accorda quelques aliments légers. Le 8, il n'existait plus aucune trace de l'abcès présumé ; l'appétit se prononçait davantage ; le malade continua à bien aller. Le 15, il partit pour la campagne, et un mois après il reprit ses travaux accoutumés.

Péritonite survenue à la suite d'une perforation intestinale spontanée. — Évacuation de l'épanchement faite cinq fois, grâce au diagnostic plessimétrique. — Le malade survit un mois.

Forfert, âgé de 20 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 17 avril, dans la salle Saint-Landry, présentant entre autres simptômes les suivants : douleur légère, ayant son siége au-dessous du niveau du bord intérieur du foie, tuméfaction du ventre ; l'ombilic fait une saillie de quatre pouces au moins au-dessus d'une ligne qui, de l'appendice sternale, serait portée au pubis ; l'abdomen présente 90 centimètres de circonférence, la fluctuation y est obscure, on trouve de la matité à la partie dé-

clive et une sonorité anormale en haut; la matité et la sonorité se déplacent lorsqu'on change le malade de position. Une ligne de niveau sépare le lieu où le sang est mat de celui où la sonorité est obtenue; au-dessus de cette ligne et sur la région ordinairement occupée par le cœcum on trouve, dans l'étendue de trois pouces, une matité remarquable, sans résistance au doigt. Le foie, qui présente sept pouces et demi de haut en bas, remonte très haut dans la poitrine. La rate a trois pouces et demi. Le cœur est tellement refoulé, qu'il n'est distant du bord intérieur de la clavicule que de deux pouces. Il est volumineux, mais la plus grande partie de son volume dépend des cavités droites, dilatées. La respiration est très gênée et très courte, elle ne se fait que par les côtes qui correspondent aux points où la percussion indique les poumons.

Le diagnostic porté par M. Piorry, qui, en 1836, consigna cette observation dans le *Bulletin clinique*, t. 2, p. 33, fut le suivant : « Entérite tiphohémi» que; hidro-péritonite; il est probable que celle-ci » est le résultat d'une perforation intestinale, hiper» hépatothrophie. Il y a lieu de craindre que le re» foulement des viscères de bas en haut produise » l'anhématosie, et d'autant plus que des liquides » sont déjà accumulés dans les bronches. »

Cette dernière considération détermina M. Piorry à tenter la ponction. La percussion servit à déterminer les espaces où le liquide se trouvait accumulé. On déprima profondément le point de l'ab-

domen correspondant au lieu d'élection à gauche, on trouva que le son de l'intestin n'existait qu'à une profondeur de plusieurs pouces, et qu'en conséquence il n'y avait pas d'intestin adhérent ni d'inconvénient à plonger un trois-quarts sur ce point. L'interne, M. Dariste, fit cette opération sous les yeux du médecin en chef; et, à l'instant, il sortit par la canule de l'instrument quelques gouttes d'une sérosité trouble; à l'aide d'une sonde de gomme élastique poussée profondément dans l'abomen, par l'ouverture de la canule du trois-quarts, et dont on recourba l'extrémité inférieure à la manière d'un siphon, on obtint ainsi à force de patience trois pintes d'une sérosité d'odeur infecte, et qui, traitée par l'acide nitrique, présenta une quantité énorme d'albumine.

La matité qu'on avait observée dans la région cœcale ne diminua qu'avec beaucoup de lenteur, et ne se dissipa pas complètement; le niveau baissa; la sonorité occupa un espace beaucoup plus grand dans l'abdomen; le volume du ventre diminua considérablement; le foie, le cœur s'abaissèrent, et la respiration se fit beaucoup mieux. Aussitôt que l'odeur infecte dont il a été question, et qui rappelait en partie celle des fèces et en partie celle du gaz hidro-sulfurique, aussitôt, disons-nous, que cette odeur se fit sentir, M. Piorry n'hésita pas à annoncer qu'il y avait eu à coup sûr une perforation intestinale, qui datait du moment où le ventre avait augmenté de volume, et que cette

perforation devait avoir eu lieu vers l'intestin grêle, au voisinage du cœcum, et près aussi du point où la matité avait été signalée.

Sans suivre plus loin les détails de cette observation, dont le sujet opéré pour la première fois, le 18 avril, ne mourut que le 14 mai, disons que la nécropsie présenta les particularités suivantes : La cavité péritonéale était remplie par un liquide trouble, verdâtre et jaunâtre, d'une odeur infecte semblable à celle des matières fécales, il y en avait à peu près trois ou quatre litres; il n'existait aucune adhérence entre les intestins et les parois abdominales, pas même vers le point où les ponctions avaient été faites, et cet endroit n'offrait absolument rien de remarquable.

Toute la surface interne du péritoine, sur les parois comme sur les viscères, présentait une couche épaisse de pseudo-membranes d'un aspect très inégal, rugueux, bosselé et remarquable par l'existence de dépressions arrondies, alvéolaires, de trois à quatre lignes de diamètre; leur aspect avait beaucoup d'analogie avec les points de la surface interne des oreillettes, où se trouvent des faisceaux charnus.

La présence de ces fausses membranes épaississait considérablement le péritoine. On pouvait en séparer cinq couches avant d'arriver à la membrane séreuse; celle-ci offrait alors une épaisseur naturelle et une couleur légèrement opaline.

Les fausses membranes étaient recouvertes par une couche molle et jaunâtre, et avaient une colo-

ration mêlée de gris, de jaune, de blanc et de rouge violacé.

On y trouvait aussi de petits corps blanchâtres, arrondis, ressemblant assez aux granulations que l'on a trouvées plusieurs fois dans le sang des pneumonites arrivées à la période de suppuration.

Vers le foie, et sur le péritoine, on trouvait une matière tuberculeuse, friable et grisâtre. Entre ce viscère et l'estomac existaient des granulations grisâtres, tout à fait tuberculeuses, friables, ressemblant assez par leur nombre et leur disposition respective aux pustules varioleuses. Du reste, aucune trace de phlegmasie n'existait sur ce point.

Les intestins étaient, surtout vers la région cœcale, réunis en une masse épaisse, formée par les adhérences nombreuses et par les membranes accidentelles, existant entre les lames péritonéales. On ne savait comment séparer l'intestin de la membrane séreuse. M. Dariste employa un procédé qu'il avait vu mettre en pratique par M. Nonat, et qu'on dit être dû à M. Ménière : on détacha sur un point la membrane séreuse de la musculeuse, et, exerçant alors des tractions ménagées sur le bout de l'intestin mis à nu, on parvint à dégager en entier celui-ci de la membrane séreuse. Il aurait été très difficile, si l'on ne s'y fût pas pris ainsi, de reconnaître, au milieu du désordre qui existait, le siége de la perforation annoncée.

Le gros intestin, examiné de sa partie inférieure vers le cœcum, présenta, dans toute son étendue,

des follicules de Brünner, très développées, qui avaient la forme de plaques rouges offrant un point noir à leur centre. Vers la partie supérieure de cet intestin, on trouva de petites ulcérations qui laissaient la membrane musculeuse à nu.

Quelques plaques de Peyer, à peine développées, avaient une légère teinte grisâtre.

Vers le cœcum, immédiatement au-dessous, et dans le commencement du colon, existait un plaque tuméfiée, rouge, très épaisse, et là se rencontrait une large ouverture pouvant permettre l'entrée du petit doigt. Son limbe était violacé, boursouflé, arrondi, et ne pouvait en rien être confondu avec une déchirure que les tractions auraient causée. Tout autour de la perforation, la membrane muqueuse était épaissie, rugueuse et inégale; la plaque, vue à l'extérieur, et après avoir enlevé la membrane séreuse, présentait une couleur violacée. La valvule iléo-cœcale offrait de la rougeur.

Un peu au-dessous de la valvule, à la fin de l'iléon, on trouvait, au milieu d'une ulcération très évidente, une perforation très petite et arrondie. C'est surtout dans le voisinage de ce point que l'intestin grêle présentait quelques ulcérations sperficielles. Enfin, dans le même intestin et dans un endroit un peu plus éloigné, on rencontrait une troisième perforation; mais celle-ci était d'une nature douteuse, et pourrait bien avoir été produite en enlevant l'intestin. Cependant, tout autour, se voyaient en dedans des ulcérations su-

perficielles. Les autres perforations du tube digestif n'offraient rien qui fût digne d'être noté.

La vessie était remarquable par un ramollissement porté à un tel point que les parois se laissaient pénétrer par un stilet boutonné abandonné à son propre poids. Les artères, surtout à droite, paraissaient extrêmement dilatées. Les reins n'offraient rien à noter ; la vessie contenait de l'urine, et elle n'était pas perforée.

Les poumons présentaient un léger engouement à leur partie postérieure et inférieure. On faisait sortir par les bronches un liquide grisâtre et spumeux, mais en faible quantité. Au sommet du poumon droit, on trouvait une matière concrète, analogue aux tubercules et disposée sous la forme de petits corps, de la grosseur d'une tête d'épingle. Autour de ces corps existait un peu d'engorgement pneumohémique ; il y avait sur ce point un tubercule de la grosseur d'un grain de millet. Autour des bronches on rencontrait de la matière tuberculeuse à l'état de crudité, et du volume d'une noisette.

Le cœur n'offrait aucune altération ; il contenait beaucoup de sang à l'état fluide, et à peine quelques caillots.

Tous les autres viscères étaient parfaitement sains.

Quelque intéressante que soit cette observation, sous le rapport de la nature même de la maladie, et de plusieurs autres circonstances relatives au

procédé opératoire, nous nous contenterons de faire observer que ce fut la percussion plessimétrique qui démontra jusqu'à quel point le refoulement des viscères avait lieu; ce fut elle qui détermina les rapports des parties, le lieu où le liquide se trouvait, les points où les intestins ne se rencontraient pas, la profondeur à laquelle ils étaient placés, la possibilité d'opérer sans intéresser l'intestin, les variations ultérieures dans la hauteur du niveau.

Foie.

Quoique la plupart des praticiens croient reconnaître à l'aide de la palpation le bord inférieur du foie, d'une manière assez exacte pour éclairer leur diagnostic, le professeur Piorry pense que ce mode d'exploration est insuffisant, 1° parce que les points malades peuvent être au dessus du rebord costal; 2° parce que dans les cas assez fréquents où la poitrine est étroite et très étendue de haut en bas, le bord inférieur du foie remonte à deux ou trois pouces au dessus dudit rebord; 3° enfin, parce que, pour apprécier une modification dans les dimensions d'un corps, il faut avoir, de toute nécessité, les moyens de préciser le lieu qu'occupent les différents points limitant ces surfaces. Or, le toucher ne pouvant faire apprécier que le limbe, et quelquefois une petite portion de la face intérieure du foie, il est impossible qu'il per-

mette d'apprécier le volume de ce viscère, dit le professeur Piorry. Il appuie d'ailleurs ses raisonnements par un relevé de trente-huit cas de maladies du foie explorées par l'un des meilleurs observateurs de notre époque et dans lesquelles le volume de l'organe biliaire a été souvent incomplètement reconnu. Aussi établit-il en principe, que non-seulement il faut percuter le foie, mais encore il faut pour cela se servir du plessimètre. A l'aide de cet instrument on reconnaît en effet non-seulement la position du foie, mais encore la forme des bords inférieur et supérieur de cet organe. C'est par la matité qui lui est propre et qui est circonscrite en haut par le son du poumon, en bas par celui des l'estomac et des intestins, que la présence du foie est reconnaissable, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté sur le cadavre.

Il n'est pas douteux pour nous qu'une appréciation aussi exacte de la forme et des dimensions du foie puisse concourir à éclairer le diagnostic des maladies cancéreuses de cet organe et des différentes tumeurs qui se développent assez fréquemment dans son tissu. Quant à l'importance de sa délimitation exacte dans les cas où il est difficile de savoir si un malade est phthisique, ou bien s'il est atteint d'une maladie du foie, le fait suivant suffit pour la faire ressortir.

Abcès du foie, ouvert dans la cavité thoracique. — Simptômes trompeurs de phthisie, par M. Saint John Hunson (1).

Un fermier, âgé de 38 ans, grand buveur de cidre, était malade depuis plusieurs mois, mais il ne s'est alité que depuis un mois; il a beaucoup maigri ; sa phisionomie offre plutôt le cachet d'une affection du foie que des poumons; la conjonctive est jaunâtre et les yeux enfoncés; les joues présentent une teinte hectique particulière; langue humide, mais striée de jaune, au centre; pouls 110, facilement compressible; urine rare et de couleur du *porter*, déposant un sédiment épais sur les côtés et au fond du vase; la compression, sur la région de la face, produit un peu de douleur; pas d'apparence de plénitude; pas d apparence de douleur intense; fèces dures et de couleur olive foncée; sueurs nocturnes très abondantes; respiration courte et fréquente; toux de temps en temps avec expectoration très épaisse et mucosités filantes. En explorant la poitrine par la percussion, on trouve à gauche un son naturel ainsi qu'aux deux tiers supérieurs du côté droit; mais le tiers inférieur de ce côté offre un son très mat. En faisant faire une profonde inspiration, le malade éprouve beaucoup de peine dans cette dernière partie; le stéthoscope a donné les mêmes résultats. Le malade avait été

(1) Supplément à la *Gazette des hôpitaux*, 17 mai 1842.

traité comme phthisique jusque-là ; M. Hudson a diagnostiqué une phlogose chronique de la portion convexe du foie, qui est en contact avec le diaphragme, prête à passer à la suppuration. Pronostic fâcheux.

Une semaine après, le patient expectore une énorme quantité de pus noir mêlé à de la bile ; deux jours après, le malade est mort. A l'autopsie, on a constaté l'exactitude du diagnostic; une énorme brèche existait au diaphragme, laquelle communiquait d'une part dans le foyer d'un gros abcès, de l'autre dans la cavité des bronches. On connaît quelques faits pareils à celui-ci, mais ils sont en très petit nombre. Le diagnostic était ici de la plus haute importance, surtout dans le principe de la maladie. Il est probable que, si une erreur n'eût pas été commise sous ce rapport, il eût été possible de guérir ce malade ou du moins de le mieux traiter en temps opportun. On lit dans un mémoire de M. Bright, publié il y a quelques mois, que quelquefois l'erreur contraire est commise, une maladie de la poitrine étant prise pour une affection du foie au grand préjudice de la thérapeutique. On voit par là l'importance de l'examen analitique par la percussion.

On s'est fort occupé jusqu'à ce jour de ce qui se passe du côté des organes abdominaux, à l'occasion des plaies de poitrine, et l'on s'en est à peu près exclusivement rapporté aux données fournies par

les simptômes généraux, tels que les possédaient les médecins qui nous ont précédés; c'est pourquoi la science possède assez peu de faits où soient intervenues l'auscultation et la percussion. En voici un entre autres qui mérite d'être connu; il a fait le sujet d'une leçon clinique de M. Piorry, et a été observé sur un blessé des journées de juillet.

Refoulement du foie de bas en haut à la suite d'une plaie pénétrante de la poitrine.

A la suite de la perforation de la paroi pectorale, l'air pénètre tout à coup dans le côté correspondant de la cavité pleurale, le poumon s'affaisse contre la colonne vertébrale, et la percussion fait trouver une exagération de sonorité et d'élasticité. En même temps, on cesse de percevoir le murmure vésiculaire; on n'entend pas davantage la respiration bronchique ni des bruits anormaux. Le foie est énormément refoulé de bas en haut; il s'élève à plus de deux pouces au dessus du mamelon à droite. Le tube digestif occupe une grande partie de l'hipochondre droit, ce qui permet de limiter avec facilité le rebord inférieur de la glande hépatique. En même temps les muscles abdominaux du côté droit sont rétractés; la plaie extérieure se ferme tous les jours un peu, et tous les jours aussi le poumon se dilate; enfin, la cicatrice est complètement formée; le poumon a repris ses conditions premières; le foie occupe désormais aussi sa position primitive, mais il existe en arrière une

matité qui se déplace et qui est évidemment en rapport avec un épanchement pleurétique. Au douzième jour, tout va pour le mieux et la respiration se fait fort bien, lorsque tout à coup une hémorrhagie abondante se fait par les bronches, et le malade succombe asphixié. L'ouverture du cadavre ne fut malheureusement pas faite.

Hépatite aiguë entée sur une hépatite chronique, terminée par un abcès. — Ponction. — Calculs biliaires. — Guérison.

A la suite d'un état hémoptoïque qui datait depuis la puberté de madame Henriot, en 1818, il était survenu, en 1835, à la région gastro-hépatique une douleur qui ne permettait à la malade de se coucher sur aucun de ses deux côtés, et autres simptômes diagnostiques qui cédèrent aux antiphlogistiques et à un régime approprié; mais la figure de madame Henriot conserva une teinte ictérique, ses digestions étaient pénibles, la douleur épigastrique n'avait pas complètement disparu. Cinq années s'étaient passées dans des alternatives de souffrance et de bien aise, lorsqu'en 1840, vers le 15 mars, madame Henriot accusa des douleurs gravatives qui commençaient à l'épigastre et se propageaient jusqu'au foie. Elles s'accompagnèrent d'une foule d'autres simptômes, soit nerveux, soit

(1) 11e année, tom. 3, page 7.

hépatiques et, malgré les soins éclairés du docteur Rousseau, du Muséum, la malade souffrait tellement en septembre que M. Piorry fut appelé en consultation le 6. Nous regrettons de ne pas trouver dans le récit détaillé qu'a fait de cette intéressante observation M. Fatout, dans la *Lancette* (1), les signes à l'aide desquels conclut le consultant; mais voici les conclusions de la consultation, et c'est ce qu'il nous importe le plus de consigner ici, afin de faire ressortir l'importance de la percussion et de l'auscultation dans les maladies chirurgicales du foie.

« 1° La tumeur sur la nature de laquelle nous sommes appelé à prononcer n'est pas due à un squirrhe, ni à un carcinome de l'organe hépatique, pas plus qu'à une néphrite, à des hidatides, à un engorgement de la vésicule, ni à un abcès du parenchime du foie.

» 2° Au contraire nous pensons que cette tumeur, qui suppurera, est un abcès n'intéressant en rien l'organe biliaire, qui peut avoir pour cause un ou plusieurs calculs existant dans la vésicule ou dans le canal cistique, ce qui nous paraît suffisamment indiqué par les douleurs hépatiques nerveuses que ressent la malade, à certains intervalles. Quoi qu'il en soit, il est, indépendamment de toute hipothèse, évident qu'il existe un abcès; mais qu'il soit le résultat de telle affection morbide ou de telle autre; qu'il soit un mode ou une tendance

(1) 11e année, t. 3, p. 7,

de l'organisme à vouloir se débarrasser d'un ou de plusieurs corps étrangers, nous laisserons là les causes, pour nous occuper des effets et des moyens thérapeutiques qui leur sont propres. »

En effet, la fluctuation se fit bientôt sentir, et à l'aide d'un trois-quarts on donna issue à un verre et demi de pus. Des calculs biliaires sortirent aussi les jours suivants, et dans le milieu d'octobre, madame Henriot vaque à ses affaires, et la guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

Rate.

En outre du volume excessif qu'acquiert quelquefois ce viscère parenchimateux, sur lequel le professeur Piorry a fourni des documents tout à fait neufs, la rate est quelquefois le siége d'abcès volumineux, ainsi que nous l'avons constaté sur un matelot sarde que nous fîmes exhumer par les soins du général Boyer, alors que nous étions chargé du service sanitaire des quarantaines, à Oran. Il est donc bien important de pouvoir apprécier d'une manière exacte le volume et la position de la rate; et la science est fort redevable, selon nous, au professeur Piorry, d'avoir indiqué le degré de matité qui lui est propre et les précautions à l'aide desquelles on peut la distinguer ordinairement du foie et des reins, organes avec lesquels il est le plus aisé de la confondre.

Reins.

Le docteur Vidal étant le seul auteur de pathologie chirurgicale qui ait mentionné la percussion dans les cas de tumeur iliaque formée par déplacement d'un rein, et qui ait apprécié la valeur de ce signe diagnostique, pour déterminer la forme et le volume de l'organe déplacé (1), et celui-ci pouvant, comme la rate, être le siége d'abcès qu'il importe quelquefois d'ouvrir, nous croyons devoir appeler l'attention des chirurgiens sur les principales applications pratiques dont est ici susceptible la percussion, et que le professeur Piorry a résumées comme suit :

« 1° On peut juger dans beaucoup de cas, par la plessimétrie, des dimensions des reins ; 2° lorsque l'un d'eux est hipertrophié, il est facile de constater la réalité et le degré de l'hipernéphrotrophie. MM. Bally, Rayer et moi nous avons, dans un grand nombre de cas, reconnu l'augmentation de volume du rein par l'étendue et le degré de la matité de cet organe observés d'un côté, tandis que de l'autre côté, l'obscurité du son rénal n'avait lieu que dans l'étendue ordinaire. Cette appréciation des degrés divers de l'hipertrophie du rein est d'au-

(1) Ouvrage cité, t. 5, p. 115.

tant plus utile que, dans plusieurs des espèces de néphrite uro-albumineuse signalées par M. Rayer, il y avait hipernéphrotrophie plus ou moins considérable; 3° c'est par une extension d'un, de deux, de trois ou quatre pouces dans l'étendue de l'espace où le son mat a été obtenu; c'est en tenant compte de l'envahissement du flanc et de la région abdominale antérieure par la matité que l'on apprécie le degré auquel l'hipertrophie rénale est portée; 4° la dureté ou la mollesse que le doigt ressent en percutant font juger, non-seulement de la densité générale des reins, mais encore de celle qu'ils présentent sur les points divers de leur étendue; 5° par le son très clair de la région rénale ou par les petites dimensions de l'espace occupé par la matité, on peut présumer que le rein est atrophié ou qu'il n'est pas situé sur le lieu où il se rencontre d'ordinaire. Cette dernière supposition acquerra plus de valeur si la palpation et la percussion font reconnaître ailleurs la présence du rein; 6° dans l'hidropéritonie, en plaçant le malade sur le ventre, les intestins remontent vers les lombes et permettent d'autant mieux de circonscrire le rein qu'alors les gaz les distendent. Ce résultat est d'une haute importance dans la néphrite uro-albumineuse qui est souvent compliquée d'hipernéphrotrophie et d'hidropéritonie; 7° dans l'hématurie, il est très utile d'opérer par la percussion le volume du rein hipertrophié, car cette connaissance peut conduire à diagnostiquer l'existence

d'une hémonéphorrhagie (hémorrhagie rénale); 8° la percussion fournit dans l'urétérectasie portée très loin une matité remarquable qui suit le trajet connu des urétères, et cette matité peut contribuer à établir le diagnostic de cette affection; 9° la plessimétrie sert encore à établir les rapports existant entre les tumeurs formées par le rein et les autres organes abdominaux. C'est ainsi que dans un cas vu en ville par le docteur Rayer et moi, il nous fut possible de reconnaître pendant la vie et après la mort, avant l'ouverture du cadavre, qu'une anse d'intestin se rencontrait antérieurement entre le foie et la tumeur. Certes ce caractère était très précieux, car il éloignait de l'idée qu'on aurait pu se former d'une tumeur appartenant au foie, et il portait ainsi à admettre que la maladie dépendait du rein (1). »

Il nous serait facile de prouver encore l'importance de ce diagnostic par les nombreuses erreurs auxquelles les différentes maladies chirurgicales ont donné lieu ; mais nous nous bornerons aux deux exemples suivants. Le premier se rapporte à une femme de trente-cinq ans, qui se présenta à l'hôpital pour faire ses couches, et y mourut le lendemain : on trouva une tumeur énorme qui avait déplacé les intestins et était formée par le rein, altérée dans sa plexture (2). Dans le second, il

(1) Ouvrage cité, t. 2, p. 33.
(2) Thèse inaugurale de M. Miriel. Paris, 1810, n° 77.

s'agit d'une tumeur à la région lombaire, qui fut prise d'abord pour un anévrisme et puis pour un abcès; on l'ouvrit, il s'écoula une humeur sanguinolente, et au fond était une grosse pierre engagée dans l'urétère et le bassinet (1).

Si, enfin, à la suite de ces exemples d'erreur, nous citons des faits d'un diagnostic exact, pourra-t-on ne pas reconnaître l'importance de la percussion dans l'étude des maladies des reins? Or, voici un nombre égal d'exemples :

« Dans le courant de mars, avril et mai 1841, dit M. Maccarthy, deux femmes se sont présentées, dans le service de M. Piorry, affectées de la maladie de Bright. La percussion plessimétrique permit de reconnaître très évidemment l'augmentation de volume du rein droit dans les deux cas. Les simptômes les plus alarmants, tels que l'hidropéritonie, l'anasarque, l'œdème de la face, l'état fébrile, l'albuminurie disparurent en quelques jours sous l'influence de l'administration persévérante des purgatifs. On observa aussi chez les deux malades, et de la manière la plus positive, une diminution graduelle du rein hipertrophié. Mais ces deux malades se trouvant beaucoup soulagés, il fut impossible de les retenir à l'hôpital jusqu'à une époque plus avancée de la guérison. » (*Gazette des hôpitaux*, 14e année, p. 337).

(1) Chopart. *Traité des maladies des voiès urinaires*, t. 1, p. 262. — Édit. de F. Pascal.

Vessie.

Par rapport aux maladies chirurgicales de ce viscère, la percussion et l'auscultation ont leurs applications plus distinctes que partout ailleurs. Ainsi, la percussion n'est applicable, dit M. Piorry lui-même, qu'aux cas où la vessie est distendue par l'urine (1). L'auscultation, au contraire, ne s'applique guère que pour suppléer à l'imperfection des résultats donnés dans quelques cas par le cathétérisme. Quoique nous reconnaissions bien que l'on pourra nous contredire sur cette distinction par nous admise, puis que le cathétérisme n'est lui même qu'un moyen de percussion, nous passons outre, croyant avoir suffisamment expliqué notre pensée à cet égard, quand nous avons défini la percussion et l'auscultation. Hâtons-nous d'en venir à ce que nous devons dire : 1° de la percussion dans les cas de distension urineuse de la vessie ; 2° de l'auscultation dans le diagnostic des calculs urinaires.

Distension urineuse de la vessie.

Lorsque la vessie est distendue par une quantité notable d'urine, la plessimétrie peut faire reconnaître la situation, la forme, la dimension et l'état de plénitude de cet organe, alors même que le viscère ne s'élève pas au-dessus des pubis et qu'il

(1) *Traité de séméiologie*, etc., t. 2, p. 414.

contient seulement quelques onces de liquide. — Un son dont la matité est un peu moindre que celle du foie, et qui est accompagné de moins de résistance au doigt, correspond à la vessie distendue par beaucoup de liquide. — Un bruit que M. Piorry appelle *humorique* (1) s'entend, dans certains cas, à l'aide de la percussion plessimétrique sur la circonférence de l'organe et sur les points où les intestins touchent la vessie. La hauteur à laquelle s'élève l'espace où l'on entend le son mat, ainsi que la largeur de cet espace, font juger de la dimension du réservoir de l'urine.

Il est facile de distinguer la vessie pleine de liquide d'un épanchement péritonéal non circonscrit par des adhérences. Le son très mat résultant de la percussion du réservoir de l'urine s'obtient, en effet, d'une manière constante sur le même lieu, quelle que soit la position du sujet. Or, le contraire a lieu relativement à la matité de l'hidro-péritonie. On peut encore savoir, à l'aide de la percussion médiate, si la vessie est séparée ou non des parois abdominales par des anses d'intestin (2).

Les résultats pratiques de ces données diagnostiques sont de la plus haute importance pour le chirurgien, puisqu'elles peuvent lui révéler, après le cathétérisme, s'il reste encore une quantité notable d'urine dans la vessie; puisqu'elles permettent

(1) *L. c.*, p. 418.
(2) *L. c.*, p. 419.

de reconnaître les changements de place que peut éprouver ce viscère, entraîné quelquefois dans une hernie ; puisque surtout elles lui feront éviter de ponctionner une anse intestinale et distinguer la suppression des urines de leur rétention. Les faits suivants, joints à ceux qu'a déjà publiés le professeur Piorry (1), prouveront la justesse de toutes ces propositions.

Suppression d'urine prise pour une rétention ; ponction ; mort.

Un homme d'une soixantaine d'années n'avait point uriné depuis deux jours ; il avait l'hipogastre saillant ; la sonde arrivait à 7 pouces, 7 pouces et demi de profondeur, *mais s'arrêtait là et n'amenait point d'urine*. L'état général du malade était à peu près celui que l'on remarque à la suite d'une rétention d'urine prolongée ; le ventre était distendu, la poitrine et le cerveau commençaient à s'embarrasser.

L'exploration avait été faite et répétée à plusieurs heures d'intervalle, par un des chirurgiens de Paris les plus exercés dans le cathétérisme. Ce chirurgien se crut obligé de faire la ponction. Il plongea en conséquence le trois-quarts à la partie inférieure de la ligne blanche ; nous vîmes sortir par la canule, d'abord des gaz, puis des matières

(1) *Du procédé opérat. de la percussion*, art. 335 et suiv.

fécales ; il ne sortit point une seule goutte d'urine; quinze heures après le malade n'existait plus.

A l'ouverture du cadavre, sous les yeux de l'opérateur, nous reconnûmes alors que la vessie était vide, que la tumeur de l'hipogastre provenait de la distension de l'intestin grêle par des gaz. Il y avait eu une suppression d'urine et non une rétention de ce liquide. La sonde arrivait à la vessie, elle ne donnait point d'urine parce qu'il n'y en avait point.

Sans nul doute on pouvait s'épargner une méprise aussi cruelle par un examen plus attentif du malade, et surtout de la tumeur hipogastrique; la percussion, par exemple, aurait pu nous éclairer (1).

Distension de la vessie simulant une péritonite.

Dans le cours de l'année 1840, on reçut à l'hôpital de la Pitié, une femme qui accusait de violentes douleurs dans toute la région hipogastrique. Sa maladie datait de quinze jours et on l'avait considérée comme une péritonite; si bien qu'on avait eu recours à une médication en rapport avec cette manière de voir ; mais comme la malade vit son état empirer, loin qu'il se manifestât le moindre amendement, elle se décida à venir réclamer les soins de M. Piorry.

(1) Ségalas, *Traité des rétentions d'urine*, Paris 1828.

On apprit, en l'interrogeant, que les souffrances qu'elle éprouvait avaient été tous les jours en croissant depuis l'invasion de la maladie, et qu'elles avaient été précédées d'une assez grande difficulté dans l'excrétion des urines. A dater de cette époque, le bas-ventre avait pris du développement, et il était survenu presque en même temps de la constipation.

Les antécédents ne présentaient pas d'autres circonstances dignes d'être notées, l'écoulement menstruel venait de disparaître, il n'y avait pas eu de fausse couche, et il n'y avait pas lieu de soupçonner un commencement de grossesse; l'auscultation, en effet, ne donnait sous ce dernier rapport que des signes négatifs.

Au moment où cette note était recueillie, le poids des couvertures était difficilement supporté par la malade, la palpation augmentait ses douleurs et la percussion pratiquée avec les plus grands ménagements faisait découvrir une tumeur de forme sphérique s'élevant jusqu'à l'ombilic et donnant lieu dans toute son étendue à une sensation de résistance aux doigts assez marquée. Au-dessus de cette tumeur et sur ses côtés on obtenait un son clair dû à la présence des intestins; le concours de toutes ces circonstances éloigna toute idée de péritonite et fit penser à M. Piorry que la tumeur pouvait bien n'être autre chose que la vessie énormément distendue par de l'urine; pour s'en convaincre, il fit pratiquer sur le champ le cathétérisme, et

dans quelques instants le ventre devint souple. L'étendue de la sonorité augmentait à mesure qu'il s'écoulait par la sonde plus de liquide. Le soulagement de la malade fut instantané, mais l'absence complète de toute douleur n'eut lieu qu'au bout de trente-six ou quarante-huit heures.

Distension anormale de la vessie.

Vers le milieu du mois de novembre 1841, une femme âgée de 33 ans, Marie G..., se présenta à la consultation de la Pitié, où elle fut examinée par M. Lenoir, qui constata l'existence d'une *hernie recto-vaginale* en même temps qu'un développement peu ordinaire de la cavité vésicale.

La malade, mère de trois enfants, avait mis au monde les deux premiers sans aucun accident consécutif; il n'en était pas de même de sa dernière couche qui datait déjà de dix mois et aux approches de laquelle cette femme avait éprouvé une constipation assez opiniâtre; aussi passait-elle trois et quatre jours sans aller à la garde-robe. Cet état de choses ayant toujours persisté depuis l'accouchement, il ne tarda pas à s'y joindre une incontinence d'urine. Huit mois plus tard, en effet, la malade s'aperçut que ce liquide s'écoulait bien plus fréquemment que de coutume et en quelque sorte goutte à goutte; il lui arrivait même assez souvent de se sentir mouillée sans avoir eu conscience de cet écoulement. Les parois abdominales étaient

distendues outre mesure et un médecin de la ville, dont on avait pris conseil, avait pensé qu'il s'agissait d'une grossesse; mais, comme la tumeur abdominale n'avait pas mis un mois à se former, M. Lenoir soupçonna une dilation de la vessie ; le toucher vaginal lui fit reconnaître de la fluctuation derrière la simphise; il sonda la malade, et deux litres au moins d'urine s'écoulèrent.

Le lendemain, M. Mailliot voulut apprécier, au moyen de la percussion, la capacité de la vessie, il lui trouva une forme globuleuse, présentant seize centimètres dans tous les sens. Quelques instants après, M. Lenoir introduisit l'algalie pour la deuxième fois, et, curieux de rechercher la hauteur à laquelle s'élevait la vessie, il fit saillir l'extrémité recourbée de son instrument à travers la face interne des parois de l'abdomen; les points soulevés par l'algalie devinrent sensibles à la vue et au toucher à huit centimètres au dessus de l'ombilic. Cette expérience confirma les résultats de la percussion. Il s'écoula par la sonde environ un litre et demi de liquide.

Rétention d'urine simple.

Informé par M. Veyne, interne à l'hôpital de la Pitié, qu'il était entré la veille, dans la salle Saint-Raphaël, nº 14, un ancien militaire atteint de paralisie à la vessie, nous nous empressâmes, le 25 mai dernier, d'aller constater les résultats de la percus-

sion. Que l'on nous permette de passer sous silence tous les détails accessoires ou étrangers à notre sujet, et que l'on se contente de savoir que le nommé Chouellet, n'ayant pas uriné depuis douze heures, en éprouvait le besoin, et que sa vessie s'élevait au-dessus des pubis. Cependant la palpation ne suffisait pas pour indiquer sa saillie, car la tension générale du ventre ne permettait pas d'en déprimer les parois et d'isoler, de circonscrire le viscère, comme cela peut se pratiquer dans bien des cas.

Cette première circonstance militait donc déjà en faveur d'un signe qui vînt au secours de la palpation, insuffisante. Nous percutâmes alors avec le seul secours de nos doigts : le *médius* de la main gauche étant étendu et exactement appliqué contre l'hipogastre, nous lui fîmes parcourir toute cette région, et au fur et à mesure qu'il avait changé de place, nous frappions sur lui à l'aide de *l'index* et du *médius* de la main droite, fortement accolés. Nous obtînmes par cette percussion *digito-médiate* des nuances de sonorité et de matité qui nous indiquèrent la présence de la vessie distendue par de l'urine, au-dessus des pubis, et nous marquâmes avec de l'encre le point où d'après cette expérience, fort innocente pour un malade, nous venions de constater le fond du viscère. Ayant répété la percussion à l'aide du plessimètre, nous trouvâmes la matité dans un point plus élevé qu'auparavant; nous le marquâmes aussi :

c'était justement celui où M. Veyne, très exercé à la plessimétrie, l'un des meilleurs élèves du professeur Piorry, avait observé, la veille, que le fond de la vessie était parvenu. Après ces deux expériences comparatives entre la percussion *digitale* et la plessimétrie, je sondai le malade; et au fur et à mesure que l'urine coulait, je percutais l'hipogastre, la matité fuyait. Me fut-il possible d'hésiter à accorder à la plessimétrie une incontestable supériorité sur la percussion digitale?

Rétention d'urine produite par la compression qu'exerçait sur la vessie et le canal de l'urèthre une tumeur fibreuse de l'utérus.

Adélaïde Bonnenfant, âgée de cinquante-six ans, après avoir parcouru plusieurs hôpitaux pour de la difficulté dans l'émission de ses urines, entra à la Pitié dans le service de M. Serres, le 14 mai 1842. Il y avait deux jours qu'elle n'avait pas uriné. On voulut la sonder; mais l'on n'y parvint qu'après quelques difficultés. Le hasard présida même à ce succès; car il fallut plus tard la renvoyer dans un service de chirurgie, à cause des difficultés que présentait le cathétérisme. Elle entra donc dans les salles de M. Lenoir, n'ayant pas uriné depuis trente-six heures, et son état d'accablement, de décubitus, de souffrance, contrastait avec un embonpoint considérable, indice ordinaire d'une bonne santé. La région hipogastrique était douloureuse, et la

percussion pratiquée avec ménagement y donnait un son mat. Nous crûmes d'abord, dit M. Gaubric, interne, qui a bien voulu nous communiquer cette observation, que l'accumulation de l'urine était la seule cause de cette matité. Nous nous armâmes donc d'une sonde ordinaire de femme; nous pénétrâmes facilement dans la première moitié du canal de l'urèthre; mais là, le bec de notre sonde fut arrêté comme par une bride; le doigt indicateur de la main gauche, porté dans le vagin et appliqué contre la paroi supérieure de ce conduit, nous fit reconnaître un épaississement considérable des tissus interposés à la muqueuse du vagin et au canal de l'urèthre : le doigt et la sonde étaient séparés par une distance de quinze millimètres environ. Nous crûmes trouver là la cause de la difficulté qu'éprouvait le passage de la sonde; nous fîmes alors avec précaution quelques tentatives pour faire pénétrer l'instrument, et en le dirigeant en arrière en haut et à droite, nous entrâmes enfin très facilement dans la cavité vésicale. Il s'écoula un litre à peu près d'urine médiocrement épaisse, trouble, et d'une odeur qui ne permettait pas de douter qu'elle avait séjourné dans la vessie; la malade fut soulagée; mais, le soir, malgré la précaution que nous avions eue de lui faire prendre un bain, nous éprouvâmes la même difficulté dans le cathétérisme.

Le 17, ayant bien dormi, elle était sortie de son accablement, et nous apprîmes que le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine avait reconnu chez elle

une tumeur abdominale. Nous rappelant alors que, après les premières évacuations de l'urine, nous avions omis de percuter son abdomen pour savoir si la tumeur avait ou non disparu, nous palpâmes aussitôt cette région, et nous sentîmes dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse, rénitente, bosselée. La percussion nous apprit à son tour que cette tumeur n'occupait pas seulement ladite fosse iliaque, mais qu'elle remontait jusqu'à cinq centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, qu'elle se prolongeait obliquement en bas, à gauche et à droite, dans l'hipogastre et la fosse iliaque droite, de manière à dépasser l'épine iliaque de ce côté gauche de deux centimètres environ. Au-dessus, et sur les côtés de cette tumeur, la sonorité des anses intestinales était fort tranchée; au-dessous, le long des arcades crurales et des branches horizontales des pubis, la matité était continue et complète. Nous pensâmes alors que la tumeur descendait derrière la simphise pubienne et comprimait probablement la vessie, ainsi que le canal de l'urèthre. Nous sondâmes alors la malade; il sortit environ trois cent soixante grammes d'une urine accumulée depuis dix heures de temps; nous percutâmes de nouveau, et nous trouvâmes que les limites de la matité étaient les mêmes qu'auparavant. Sur ces entrefaites entra M. Lenoir pour faire la visite; il interrogea, percuta, et reconnut de suite l'existence de la tumeur. Il toucha le col de l'utérus, ainsi que nous l'avions déjà fait, et le

trouva, comme nous, presque effacé; on ne sentait plus que les rudiments de la lèvre postérieure; l'orifice de l'utérus était placé au fond d'un cul-de-sac formé par le vagin. Le toucher anal fit reconnaître que l'utérus était en place et avait son volume ordinaire; mais, sur ses côtés, le doigt heurtait contre une tumeur dure rénitente, légèrement bosselée; et en le poussant en haut et en avant, rien ne fut plus facile à sentir que le mouvement imprimé à la tumeur située dans les régions iliaque et hipogastrique contre la paroi abdominale antérieure, qui était soulevée par les impulsions communiquées à travers le rectum. Les deux doigts se renvoyaient les chocs successifs.

M. Lenoir déduisit de ces faits qus la tumeur était probablement de nature fibreuse. Pour sonder la malade, il rencontra les mêmes difficultés que nous, et prit une sonde d'homme : il parvint alors dans la vessie suivant la direction ci-dessus indiquée. Le canal de l'urèthre paraissait plus recourbé que la veille. Il fit placer une sonde à demeure dans le canal, après s'être assuré que la vessie ne contenait aucun corps étranger.

Le 19, Adélaïde accusa des douleurs abdominales; et l'ayant sondée, nous ne fîmes sortir que quelques cuillerées d'urine. Le lendemain une péritonite se déclara et, malgré les soins les mieux combinés, la mort survint le 21.

Avant de procéder à l'autopsie, M. Lenoir désira s'assurer si l'on pouvait limiter parfaitement la

tumeur à l'aide de la percussion ; il pria donc M. L. Mailliot, qui se trouvait présent, de limiter son étendue à l'extérieur de l'abdomen. On se servit du plessimètre pour se rapprocher de la tumeur autant que possible et il devint aisé dès lors de distinguer parfaitement ce qui appartenait à la tumeur; elle était excessivement dure et donnait aux doigts une sensation de résistance très prononcée. L'abdomen ayant été ouvert, les limites indiquées furent trouvées exactes.

Du reste, le diagnostic porté par M. Lenoir fut parfaitement confirmé. La tumeur, divisée en deux parties, était située entre le rectum et la matrice. Elle était de nature fibreuse, prenait son origine dans l'épaisseur de l'utérus et s'élevait de la face postérieure de cet organe à la hauteur et un peu en dedans de l'ouverture des trompes. Dans ce point l'énucléation était impossible ; il y avait continuité de tissu, identité de substance entre la tumeur et l'utérus; celui-ci, refoulé en avant, repoussait et soulevait la vessie ainsi que le canal de l'urèthre contre la simphise pubienne. Cette circonstance rendait parfaitement compte des difficultés du cathétérisme et de la grande courbure du canal. La vessie était hipertrophiée, revenue sur elle-même ; sa membrane musculeuse formait des reliefs nombreux dans la muqueuse et donnait à cet organe l'aspect des vessies à colonnes. Elle était rouge par plaques au niveau du col. Nulle part elle ne présentait de traces de perforation. Le canal de

l'urèthre ne présentait aucun rétrécissement, aucune bride, aucun cul-de-sac. Sa membrane muqueuse était légèrement injectée ; son tissu cellulo-fibreux, épaissi, criant sous le scalpel. Il pouvait bien avoir diminué le calibre du canal, mais cette diminution, étant générale, n'explique pas la difficulté du cathétérisme, puisque celui-ci était facile dans la première moitié de l'urèthre.

Quant à la péritonite, elle était bien caractérisée par du pus et des fausses membranes, mais la longueur de cette observation nous impose la nécessité d'en abréger les détails.

Auscultation dans les cas de calculs vésicaux.

Les quelques lignes écrites par Laennec sur l'application de l'auscultation au diagnostic des calculs vésicaux, ayant fait ouvrir les yeux sur les nombreuses erreurs auxquelles le cathétérisme simple avait donné lieu dans les différentes époques, et qui se reproduisent encore de nos jours, plusieurs chirurgiens ont cherché à vérifier les conjectures faites par l'auteur de la méthode si heureusement appliquée au diagnostic des affections de poitrine. M. Lisfranc, entre autres, dès 1823, ajouta, aux moyens connus pour explorer la vessie, l'emploi du stéthoscope. Pour que le cilindre fournît des sensations plus distinctes, il l'appliqua dépourvu de l'ambou sur le corps du pubis et sur la partie postérieure du sacrum : le cathéter, intro-

duit alors dans une vessie vide et qui ne contient pas de calcul, lui fit entendre, par suite des mouvements réguliers imprimés à l'instrument, des sons ressemblants à ceux d'une pompe foulante, mise en jeu. Quelquefois, dit M. Lisfranc, la sonde produit, dans la vessie contenant peu d'urine, le bruit de la salive agitée dans la bouche; mais s'il existe un calcul, on entend une espèce de cliquetis extrêmement distinct, ou bien des sons semblables à ceux que fournit l'action d'une lime sur un corps dur. Les plus légers mouvements imprimés au cathéter donnent les dernières sensations. Lorsque des tissus mous sont placés dans la vessie, continue le chirurgien de la Pitié, le cilindre ne fournit pas d'autres données que celles qui ont été indiquées quand la vessie est vide, ou quand elle contient un peu d'urine (1).

Réfléchissant à des phénomènes d'acoustique, sur lesquels avaient appelé son attention les expériences faites par M. Biot dans les aquéducs de Paris sur la propagation du son, M. Moreau (de Saint-Ludgère) conçut le procédé suivant, qu'il publia dans sa thèse pour le doctorat, soutenue à Paris le 25 juillet 1837.

Se servant d'une sonde ordinaire en argent, en maillechort, ou en tout autre métal, il ajuste au pavillon de cette sonde, à l'aide d'un morceau de liége, la plaque d'ivoire d'un stéthoscope.

(1) J. Lisfranc, *Mémoire sur de nouvelles applications du stéthoscope* de M. le professeur Laennec, deux feuilles d'impression.

Il introduit l'instrument ainsi disposé dans la vessie, il lui imprime des mouvements dans toutes les directions, et ausculte en appliquant son oreille sur la plaque d'ivoire ; à l'aide de ces manœuvres, il parvient non-seulement à reconnaître avec la plus grande facilité la présence du calcul, dont la collision, quelque légère qu'elle soit, produit un bruit très-considérable, mais encore à apprécier différentes autres particularités.

Il est évident, dit l'auteur, que la sonde, employée de cette manière, remplit le rôle d'un véritable stéthoscope, avec cette différence que ce dernier est toujours séparé par des parties plus ou moins épaisses des organes qui produisent le bruit (cœur, poumons, etc.), tandis que, dans son procédé, l'instrument explorateur est mis en contact direct et immédiat avec le corps sonore, le calcul ou tout autre corps étranger.

La propagation du son dans le cas qui nous occupe, continue M. Moreau, aura lieu de différentes manières, suivant que la sonde est creuse ou solide. Dans le premier cas, si l'on a obturé les yeux de la sonde avec un fragment de cire ou de tout autre substance, le son parviendra à l'oreille de l'observateur en traversant les parois métalliques de l'instrument et la colonne d'air contenue dans sa cavité ; si les yeux de la sonde n'ont pas été préalablement bouchés, l'urine pénètrera dans l'instrument, et pourra inonder l'oreille du chirurgien ; mais la présence de ce liquide ne nuira point à la propagation

du son. Enfin, si la sonde est solide, le phénomène se montrera avec la même intensité, car l'instrument présentera en petit l'image d'une poutre de bois, par les deux extrémités de laquelle se perçoivent aisément les sons les plus délicats; avec cette différence cependant que le métal qui compose la sonde est meilleur conducteur du son que le bois.

Quant à son assertion, que l'urine contenue dans la sonde, dont les yeux ont été laissés ouverts, ne nuit pas à la propagation du son résultant du contact de cet instrument avec le calcul ou tout autre corps étranger, il l'appuie par l'expérience de Franklin, qui assure avoir entendu le son sous l'eau à la distance de 2,082 pieds, et d'où il résulte, par conséquent, que l'eau est un bon conducteur du son.

En outre des avantages que l'auteur de ce nouveau procédé d'ausculation attribue à son instrument, et qui sont : d'évacuer l'urine contenue dans la vessie, d'explorer ce viscère, et d'y injecter de l'eau suivant qu'on veut l'examiner dans un état de plénitude ou de vacuité; M. Moreau pense que son *cistoscope* peut être encore appliqué aux instruments de lithotritie avant, pendant et après l'opération. Il suffirait alors d'ajouter à l'extrémité de ceux-ci une plaque d'ivoire ou de toute autre substance, pour les transformer en véritables cistoscopes; et comme il n'emploie cette plaque, quand il se sert d'une sonde ordinaire, que pour empêcher

cet instrument de blesser l'oreille, et pour qu'il s'adapte mieux à cet organe, il en résulte que quelques-uns des instruments affectés au broiement de la pierre, ayant un diamètre assez considérable et une extrémité mousse, l'inconvénient de blesser l'oreille n'existant plus, on pourrait se dispenser d'ajuster à cette extrémité la plaque en question ; il suffirait alors d'introduire l'instrument de Jacobson, par exemple, et d'en approcher l'extrémité de l'oreille. En outre, il pourrait arriver qu'un malade ayant été broyé, de petits fragments séjournassent dans la vessie; s'ils n'étaient pas reconnus, le chirurgien croirait le malade complètement débarrassé de ces petits corps ; et cependant, ceux-ci s'étant soustraits au recherches, pourraient devenir les noyaux de nouveaux calculs.

Pour démontrer la justesse de ces diverses propositions, l'auteur de la thèse inaugurale que nous citons se livra à des expériences sur le cadavre : il introduisit tantôt de la brique réduite en poudre fine, tantôt de petits cailloux; une autre fois un morceau de bois long de sept à huit lignes, presque cilindrique et du diamètre de quatre lignes. L'idée de cette expérience lui fut suggérée par le fait qui se présenta à M. Leroy-d'Étiolles, en 1836, d'une lithotritie chez un homme dont la vessie contenait plusieurs morceaux de bois. Dans une quatrième expérience, M. Moreau introduisit dans une vessie humaine un fragment d'os du crâne, du diamètre d'un centimètre; une balle de plomb

fut l'objet dont il se servit une autre fois; et, dans une sixième expérience, il se servit d'un caillou gros comme un œuf de pigeon, à surface légèrement rugueuse. Ayant constaté des sons différents dans chacune de ses expériences, à la dernière desquelles assistait le professeur Velpeau, M. Moreau introduisit ensemble, dans une vessie humaine, la balle et le caillou avec lesquelles il avait déjà expérimenté séparément. En frottant successivement le bec du cistoscope sur chacun des deux corps, le bruit qui résultait de ce contact les faisait facilement reconnaître, en sorte qu'un observateur, qui n'aurait pas été averti de leurs propriétés phisiques, aurait néanmoins pu établir : 1° que l'un des deux était plus volumineux que l'autre; 2° que l'un était rugueux et l'autre poli; 3° que tous les deux étaient très durs. Enfin, un tronçon de moelle épinière ayant été introduit dans la vessie d'un cadavre, l'auscultation, à l'aide du cistoscope produisit la sensation d'un corps mou et assez résistant qui venait heurter le bec de l'instrument. Dans toutes ces expériences, dit M. Moreau, le contact le plus léger a toujours produit un bruit très considérable. On pouvait apprécier le frottement du cistoscope contre les parois de la vessie, et il était facile d'entendre le flot de l'urine qui venait frapper la surface de l'instrument, quand on faisait mouvoir celui-ci au sein du liquide qui l'entourait.

La difficulté de tenir l'oreille sur la plaque du

cistotome de M. Moreau, et d'imprimer en même temps à la sonde les mouvements nécessaires pour produire le choc, suggéra à M. Leroy-d'Étiolles, dont le génie inventif est d'une fécondité reconnue, l'idée d'adapter à toute sonde exploratrice un tube flexible, d'une grande longueur. Ce tube acoustique est formé d'un fil de laiton roulé en spirale, revêtu de caoutchouc et d'un tissu de soie : fixé par une extrémité sur la sonde, de manière à pouvoir s'en détacher un moment, il se porte à l'oreille par son autre bout, au moyen d'un pavillon d'ivoire. Cet appareil transmet le son avec une grande intensité et sans altération, dit M. Leroy-d'Étiolles. Toujours occupé des difficultés qu'il y a souvent à reconnaître par le cathéter seul un petit fragment logé dans une cellule, ou ne paraissant que par une surface de quelques lignes, ou bien encore entouré de faisceaux musculaires saillants et durs qui produisent par leur contact avec la sonde des sensations presque semblables à celles que produit lui-même ce fıamgent, M. Leroy-d'Étiolles a encore imaginé d'adapter au bas d'une sonde en caoutchouc ordinaire des viroles métalliques, larges de quelques millimètres, et distantes d'un centimètre. La présence de ces viroles métalliques, placées à distance sur une sonde molle, nous paraît, en effet, bien préférable à une sonde entièrement métallique, parce que celle ci, passant au-dessus d'un fragment tel que nous venons de le suppo-

ser, et tel que nous avons eu occasion d'en rencontrer, donne un son continu et insuffisant; tandis que par les viroles métalliques , placées à distance les unes des autres, la sonde éprouve des secousses qui, transmises surtout par le tube acoustique en caoutchouc, peuvent révéler l'existence de corps excessivement peu saillants. M. Leroy-d'Étiolles a d'ailleurs eu la bonté de nous dire qu'il avait eu de fréquentes occasions de recourir à cet instrument.

Matrice.

Sans parler de toutes les applications que la science peut faire aujourd'hui de la percussion et de l'auscultation au diagnostic de la grossesse, puisque celle-ci est une fonction , nous devons pourtant appeler l'attention du chirurgien sur ces deux conquêtes modernes, et les recommander au chirurgien dans tous les cas où il aura intérêt à distinguer la grossesse des différents états morbides avec lesquels elle est confondue quelquefois,ou qui la compliquent dans certaines autres circonstances. Que d'erreurs, en effet, ne trouve-t-on pas sur ce point dans les fastes de l'art, en consultant les temps où l'accoucheur n'avait pour *boussole* que le *toucher!* Tantôt Frank nous apprend qu'une princesse allemande, d'un âge avancé et qui n'était plus réglée, fut déclarée enceinte par son médecin et

par son accoucheur, qui eurent une preuve de leur erreur dans l'écoulement spontané, par la vulve, d'une énorme quantité de liquide ; tandis que plus tard la même princesse accoucha d'un enfant mâle, le médecin et l'accoucheur ayant cru à la reproduction de l'hidropisie. Ici Baudelocque raconte qu'ayant remplacé Levret auprès d'une dame déclarée enceinte par ce célèbre accoucheur et par Lorry, qui disait avoir senti les mouvements d'un fœtus, il déclara l'existence d'une timpanite, que Lorry refusa d'admettre jusqu'à ce qu'il survînt, vingt-quatre heures après, à la suite de violentes coliques, expulsion de beaucoup de gaz et affaissement du ventre. Si de semblables méprises ont encore lieu de nos jours, c'est que les chirurgiens et les accoucheurs dont les études remontent au-delà de la découverte de l'auscultation et de la percussion ne veulent pas prendre la peine d'étudier ces deux nouveaux moyens diagnostiques, ou que certains, se fiant à leur grande habitude de voir des femmes enceintes, examinent avec moins de soin que celui qui, connaissant les bizarreries de la nature, se tient toujours sur ses gardes.

Quoiqu'il en soit, et en outre du jour que la percussion et l'auscultation peuvent jeter sur les différentes époques de la grossesse, par la révélation que peut donner l'une des battements cardiaques du fœtus, et par la matité que l'autre fait percevoir, ce dernier caractère, la matité, peut indiquer à l'accoucheur une de ces hémorrhagies foudroyantes

et internes qui surviennent assez souvent après des accouchements faciles, et qui portent une si grande atteinte à la réputation de l'homme de l'art. Le professeur Piorry dit, en effet, avoir souvent constaté de la matité sur des femmes atteintes de cancer utérin, qui quelques jours après éprouvaient des pertes abondantes d'un sang ayant séjourné évidemment dans l'utérus, car il était foncé en couleur et en partie coagulé. Du reste, la valeur de ce signe diagnostique, la matité, n'est-elle pas prouvée par la sonorité que donnait l'hipogastre après l'hémorrhagie ?

Ne rendrait-elle pas d'autre service au diagnostic des maladies de l'utérus, que de préciser les rapports de cet organe malade avec les autres viscères abdominaux, la percussion ne doit point être négligée par le chirurgien ; mais il est un autre fait important à noter : c'est le bruit provenant du choc du sang contre les parois artérielles, bruit qui a justement occupé les accoucheurs modernes, et n'intéresse pas moins tout chirurgien. En effet, sans discuter si le bruit qui, dans l'état normal des artères, est un simple bruit de choc, mais qui, dans les cas où les artères sont comprimé s par quelque tumeur voisine, prend le caractère du *bruit de soufflet;* sans discuter, disons-nous, si ce bruit artériel est le même que le *souffle placentaire*, il n'en est pas moins vrai que l'utérus n'acquiert pas de développement sensible, sans présenter un bruit qui se

passe en lui, que l'auscultation révèle. Ce *bruit utérin* est-il le même dans les cas de grossesse, et dans les cas de distension utérine par le développement d'une tumeur ? Nous n'osons pas encore l'affirmer, quoique nous ayons constaté le *bruit utérin* dans l'état fonctionnel et dans l'état morbide de l'organe. Mais, malgré cette incertitude, toutes les fois qu'une femme présentera une tuméfaction abdominale qui datera d'une époque assez éloignée pour ne plus croire à une grossesse, et qu'il y aura pourtant *bruit utérin*, le chirurgien pourra assurer qu'il y a turgescence de l'utérus ; et à l'aide des autres signes, mais, l'auscultation lui ayant donné l'éveil, il distinguera s'il y a tumeur, et, enfin, il tâchera de reconnaître la nature de celle-ci.

L'intérêt de ce sujet, qui nous est plus familier que tout autre, nous entraînerait bien à d'autres détails ; mais nous croyons en avoir dit assez : les faits suivants démontreront d'ailleurs par eux-mêmes l'importance de la percussion et de l'auscultation dans le diagnostic des maladies chirurgicales de l'utérus.

Tumeur ovarique constatée par le bruit de soufflet.

Une femme avait cru éprouver, onze mois avant son entrée à la Clinique d'accouchement de la Faculté (service de M. P. Dubois), les premiers simptômes d'une grossesse: la suppression des règles,

quelques vomissements et des nausées, la confirmèrent daus cette opinion, quoiqu'elle vît bientôt l'écoulement menstruel reparaître aux époques ordinaires, mais en moindre quantité. Cependant, après neuf mois, elle pensa éprouver les premières douleurs de l'enfantememt; elle se livra pendant longtemps à des efforts expulsifs qui n'eurent aucun résultat. Plusieurs médecins, entre autres, le professeur Velpeau, furent appelés auprès de cette femme. Ils la trouvèrent debout, appuyée sur les épaules de deux personnes, le corps à demi fléchi, comme si elle eût été sur le point d'accoucher. Le toucher fit bientôt reconnaître que l'utérus n'avait subi aucun développement, et tous les consultants pensèrent qu'il s'agissait d'une grossesse extrà-utérine. Quelques-uns mêmes crurent une opération nécessaire; mais cette opinion ne prévalut pas.

Ceci se passait depuis deux mois, quand la malade fut soumise à l'observation de M. Depaul : la forme et la tension du ventre, dont le volume augmentait tous les jours, faisaient exclure de prime abord l'idée d'une grossesse ordinaire. On sentait dans l'excavation du bassin, derrière l'utérus repoussé en avant, une tumeur dure, inégale, peu mobile; un bruit de soufflet était entendu des deux côtés du ventre.

Elle mourut peu de temps après, à la Clinique, et l'on trouva dans le ventre un grand nombre de kistes de volumes différents, renfermant, quel-

ques-uns du pus, d'autres de la sérosité trouble. L'ovaire, du côté gauche dont il ne restait plus de traces, paraissait avoir été le point de départ de la tumeur placée dans l'excavation et formée par un tissu fibreux dégénéré. Les dimensions de l'utérus n'avaient pas changé.

Tumeur utérine constatée par le bruit de soufflet.

Dans le mois d'août 1838, une femme de vingt-huit ans, mariée depuis trois, et n'ayant jamais eu d'enfant, fut admise dans la salle du Rosaire, à l'hôpital de la Pitié. Les règles étaient supprimées depuis six mois ; mais pendant ce temps la malade avait éprouvé plusieurs fois des pertes dont quelques-unes avaient été assez abondantes. Elle avait offert la plupart des signes dis *rationnels* de la grossesse, et depuis quelque temps elle croyait sentir des mouvements dans son ventre. Cependant l'exploration abdominale et le toucher vaginal firent voir qu'il s'agissait d'une production morbide intimement unie à l'utérus, dont le col était un peu ramolli quoique long, et l'orifice externe assez entr'ouvert pour admettre l'extrémité du doigt. Un souffle, qu'on aurait pu prendre pour tipe des souffles utérins, se faisait entendre sur la tumeur; il fut constaté plusieurs fois et dans toutes les positions qu'on fit prendre à la malade. Elle était à l'hôpital depuis quelques jours seulement lors-

qu'elle fut prise d'une péritonite des plus intenses à laquelle elle succomba très rapidement.

L'autopsie démontra que la tumeur observée pendant la vie était due à l'utérus assez uniformément développé par un corps fibreux, et ayant acquis le volume qui lui appartient au quatrième mois de la grossesse. Quoique les parois de la matrice fussent amincies, M. Depaul, qui a consigné ce fait, ainsi que le précédent, dans son excellente Thèse inaugurale, trouva les vaisseaux qui s'y distribuent augmentés, au moins du double, dans le volume qu'ils offrent ordinairement; plusieurs pénétraient dans la tumeur et avaient un calibre considérable.

Hidropisie enkistée des ovaires.

Une femme de 49 ans entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Piorry, présentant à la région hipogastrique une tumeur qui paraissait avoir le volume d'une fois et demie la tête d'un homme adulte. Cette maladie datait depuis un grand nombre d'années. A l'aide du plessimètre, on limita parfaitement la tumeur qui, dans plusieurs points, offrait de la résistance au doigt ; de plus on reconnut que l'intestin l'entourait dans une grande étendue. — Cette malade mourut peu de jours après son en-

trée dans l'hôpital; et la percussion faite sur le cadavre démontra, dit M. Thibert (1), que la tumeur siégeant dans la région hipogastrique offrait dans plusieurs points des corps variables en grandeur et en consistance. A gauche et en bas se trouvait, dans l'étendue d'une surface égale à la paume de la main, une résistance sensible au doigt. De l'autre côté, à droite mais plus en haut, la matité n'était pas accompagnée de résistance. Par la palpation on sentait ces deux divisions de la tumeur antérieurement; celle de droite offrait de la fluctuation. A l'aide du plessimètre, on limitait l'intestin par sa sonorité, et on le retrouvait à gauche dans un angle formé par les dites divisions. Ces points limités par des lignes tracées avec une plume, et une incision étant faite sur cette trace, on enleva la tumeur qui céda facilement aux tractions. La partie inférieure du kiste était retenue par un corps allongé qui, coupé transversalement, fit découvrir dans le centre un canal de la grosseur d'une plume à écrire. L'utérus induré présentait dans son intérieur une substance encéphaloïde, non ramollie, grosse comme le poing, que l'on put facilement séparer des parois de cet organe. On reconnut très-bien la texture de l'utérus; il correspondait, à gauche, à la matité avec résistance au doigt, qui avait été reconnue par la percussion avant l'autopsie.

(1) *Bulletin clinique*, t. 1, p. 204.

Le reste de la tumeur était formé par une infinité de kistes variables depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf. Ces tumeurs, soutenues par un pédicule fibreux, contenaient une sérosité claire, inodore, analogue à la sérosité du sang; plusieurs d'entre elles, après l'écoulement du liquide, présentaient, à leur surface interne, une espèce de cristallisation, formée par de petites granulations juxta-posées, criant sous le scalpel et laissant au-dessous d'elles, après qu'on les avait enlevées, le tissu du kiste parfaitement uni. Un autre petit kiste contenait une substance solide, crétacée, d'une couleur jaunâtre. Le poids total était d'environ six livres; la tumeur dépendait de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche.

Ainsi que le remarque M. Thibert, cette observation est d'autant plus importante qu'il arrive très-souvent de confondre l'hidropisie enkistée de l'ovaire avec l'ascite. Or, voici les caractères diagnostiques que nous concluons, avec le narrateur de ce fait.

Dans l'ascite, le liquide existe toujours dans les parties déclives quand il n'y a pas d'adhérence dans le péritoine; si le malade est couché sur le dos, la sérosité occupe les régions lombaires et le bassin, Les intestins flottant dans le liquide occupent la région ombilicale. Dans l'hidropisie enkistée de l'ovaire, les intestins sont refoulés en haut en arrière par la tumeur qui se trouve souvent enveloppée dans une grande partie de son étendue par une

anse intestinale. Dans l'ascite, le son sera mat aux régions lombaire et hipogastrique[1], le malade étant couché sur le dos : cette matité sera d'autant plus grande qu'on se rapprochera davantage de parties déclives. De plus, elle change de place avec la sérosité dans les différentes positions que prend le malade. Nous nous sommes assuré de tous ces faits en produisant artificiellement des épanchements abdominaux dans des cadavres. Dans l'hidropisie enkistée de l'ovaire, les régions qui dans l'ascite donnent un son mat produisent de la sonorité ou le bruit intestinal. Les changements alternatifs de position n'empêchent pas que sur ces mêmes régions on n'obtienne la même sonorité, à moins toutefois que le kiste soit uniloculaire et très considérable.

Hidropisie utérine.

Nous pourrions rapprocher de ce fait l'observation d'une dame pour laquelle nous avons été consulté plusieurs fois depuis notre séjour dans la capitale, et qui porte depuis quatre ans une tumeur hipogastrique, partant du fond du petit bassin, s'élevant à sept centimètres au-dessus de l'ombilic, et affectant parfaitement la forme de l'utérus parvenu au septième ou huitième mois de la gestation. Nous pourrions même émettre l'idée que cette tumeur appartient exclusivement à la matrice, parce qu'en outre de son aspect tout à fait piriforme, de la manière dont elle s'est développée (du point mé-

dian des pubis vers les côtés), de la douleur qui siége uniquement sur le trajet de la ligne blanche et nullement dans les fosses iliaques, celles-ci sont parfaitement sonores, tandis que la tumeur présente une matité uniforme. Nous pourrions enfin avancer que, loin d'être un kiste de l'un des ovaires ou de ces deux organes à la fois, la tumeur est une collection hidatique ou une hidropisie de l'utérus, d'abord parce que la durée de la maladie, la persistance de la menstruation, et l'absence de tout bruit circulatoire éloignent de l'idée de grossesse; en second lieu, parce que la sensation de *choc de retour* fournie par la percussion et par le toucher vaginal, ainsi que le coloris normal de madame G., ne nous permettent pas davantage de supposer un cancer; troisièmement enfin, parce que la rénitence de la tumeur et l'absence des hémorrhagies qui accompagnent si souvent les polipes utérins, nous empêchent de croire à l'un de ces états morbides. Mais notre tâche nous semblant être de prouver autant que possible la justesse du diagnostic par la percussion et l'auscultation, nous ne sommes pas, heureusement pour madame G., en mesure de donner la démonstration de nos idées diagnostiques.

Anévrismes.

Nous ne devons pas plus approfondir l'étude

des anévrismes, que nous n'avons creusé celle des maladies chirurgicales, dont nous avions à examiner les rapports avec la percussion et l'auscultation. Seulement ces deux signes diagnostiques ont avec les anévrismes des rapports plus frappants : ne nous laissons pourtant pas entraîner par l'étendue du sujet, que nous devons traiter sous le seul point de vue chirurgical; mais le diagnostic étant ici le même pour le médecin et pour le chirurgien, devons-nous discuter tous les points qui ont été controversés depuis Laennec? Nous ne le pensons pas, car ce qui a trait à l'auscultation est généralement reconnu aujourd'hui, tandis que la valeur de la percussion est encore en litige. Nous lisons, en effet, dans un mémoire récemment publié par un homme dont les connaissances en anatomie pathologique ne sont nullement douteuses, à nous surtout qui avons puisé notre instruction anatomique dans ses savantes leçons, et qui avons joui de la faveur d'être son élève particulier; nous lisons dans *les observations et réflexions sur les anévrismes de la portion ascendante et de la crosse de l'aorte*, par J. Dubrueil, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier, le passage suivant. « La percussion, qu'elle soit médiate ou immédiate, n'est que d'un faible secours, comme moyen de diagnostic, dans les anévrismes de l'aorte thoracique (p. 81). » Cette sentence est même conforme à ce qu'avait écrit Laënnec. « La percussion de la poitrine peut, dans quelques cas, faire reconnaître une tumeur

volumineuse dans le médiastin, et même dans le dos; mais elle n'en pourra faire connaître la nature (t. 3, p. 325). » Laennec n'avait-il pas dit aussi que « le frémissement catraire et le bruit de soufflet, phénomènes purement vitaux, ne prouvent qu'un état de spasme et une action irrégulière quelconque dans les vaisseaux? » Et cependant le professeur Dubrueil, qui a suivi les progrès imprimés à la science depuis la mort de Laennec, progrès auxquels il a certes contribué pour sa part, le professeur Dubrueil, disons-nous, publie des cas d'anévrismes thoraciques parfaitement diagnostiqués pendant la vie, à l'aide de l'auscultation et constatés après la mort. Pourquoi donc la percussion n'aurait-elle pas aussi été perfectionnée depuis Laennec? Les travaux du professeur Piorry en ont fait une ressource précieuse, et comme le respect du professeur Dubrueil pour les faits nous est connu, nons opposons le suivant à son assertion.

Anévrisme de l'aorte thoracique, trouvé en faisant la recherche d'une névralgie intercostale (1).

Le 8 avril 1840, est entré dans la salle Saint-Raphaël n° 35, Gautier (Jean) chapelier, âgé de cinquante ans, qui, encore souffrant, avait été renvoyé la veille de la Charité.

(1) *Archives générales de médecine*, 1840, t. 9, p. 70.

État actuel, 10 *avril :* constitution profondément altérée, facies pâle, souffrant, inquiet, langue large, humide, douleur au creux de l'estomac, digestions assez faciles, point de vomissements, pas de selles depuis deux jours. Matité de l'S iliaque, sonorité du reste de l'abdomen. — Foie à l'état normal. — La rate dure, résistante au doigt, commence à cinq centimètres au-dessous du mamelon, et offre une matité qui s'étend jusqu'au rebord costal, ce qui donne environ seize centimètres de haut en bas. La percussion de la région splénique occasione un commencement de frisson (chair de poule), ce qui n'a pas lieu pour les autres parties. Cœur très dur, très résistant, douze centimètres d'un côté à l'autre, séparé de deux centimètres de la région splénique, commençant quatre centimètres environ au-dessous de la clavicule; treize centimètres de haut en bas. — Les bruits du cœur sont sourds; on n'entend point de souffle, mais un léger frôlement dans toute l'étendue de l'organe, au second bruit. — Pouls faible à quatre-vingts. — Sonorité et élasticité de la poitrine. — Diagnostic : engorgement de la rate, et hipertrophie du cœur. — Sans parler du traitement qui fut prescrit, arrivons à un second examen, fait le 30. . . .

Le malade se plaignant de douleurs dans les deux côtés de la poitrine, surtout à gauche, M. Piorry pense à une névralgie intercostale, examine avec soin les espaces intercostaux, et, arrivé

à la partie postérieure et moyenne gauche du thorax, trouve une voussure assez marquée, présentant des battements réguliers, isochrones au pouls et sensibles à la vue. La percussion fournit une matité absolue, qui s'étend depuis le bord inférieur de la dixième côte jusqu'au bord supérieur de la huitième; à l'auscultation on perçoit des battements doubles et non accompagnés de bruit de soufflet : M. Piorry limite cette tumeur à l'aide du plessimètre, et en marque les tours avec du nitrate d'argent. Le cœur, examiné de nouveau, a conservé la mensuration indiquée plus haut, mais les battements sont à peine perceptibles; le premier bruit ne s'entend qu'au sommet, et, dans le second, il n'y a plus le frôlement indiqué, mais bien un bruit de soufflet assez marqué. Le volume du foie s'en est accru; cet organe dépasse d'environ trois centimètres le rebord costal : pouls régulier à quatre-vingt-dix, très développé aux artères carotides et crurales; point d'infiltration des membres.

Diagnostic. — Anévrisme de l'aorte thoracique. — Le 6 mai, le malade succombe à quatre heures du matin pendant une quinte de toux accompagnée de crachats sanguins.

Nécropsie. — Elle est faite vingt-neuf heures après la mort. Avant d'y procéder, M. Piorry veut s'assurer, par la percussion, de l'état des organes. Le foie, qui était volumineux, a considérablement diminué, mais il remonte beaucoup plus haut qu'à l'état normal, refoulé qu'il est par les

intestins remplis de gaz; matité entre la région du cœur et l'endroit où l'on a trouvé la douleur. Cette matité, s'étendant depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la partie la plus déclive de la plèvre, existe surtout à gauche et en arrière, tandis qu'en avant on trouve encore un peu de sonorité. Le son variant les positions que l'on fait prendre au cadavre, M. Piorry annonce un épanchement dans la cavité de la plèvre, ce qui tout à l'heure va être justifié.

Raideur cadavérique, excepté à la région cervicale; commencement de putréfaction au-dessus du pubis, vers les fosses iliaques et sous les clavicules.

Ouverture du thorax : une énorme quantité de sang s'échappe tout d'abord de la plèvre gauche, fluide, mêlé à une assez bonne proportion de sérosité. Entre le poumon gauche et le péricarde existe un amas considérable de caillots recouverts d'une couche fibrineuse dont la surface est aréolaire; des caillots de même nature nagent au milieu du sang épanché entre le poumon et la plèvre, dans des intervalles limités par des adhérences. L'œsophage, le cœur et l'aorte, sont légèrement déviés à droite; la rate est réduite à son volume ordinaire; le cœur est très volumineux, plutôt par distension que par véritable hipertrophie, néanmoins le ventricule gauche est légèrement épaissi; rien au péricarde, rien du côté des orifices : toutes les valvules sont saines. Depuis son origine jusqu'à sa terminaison, l'aorte est parsemée de plaques stéatomateuses.

Au point où elle devient descendante, c'est-à-dire au niveau de la branche gauche, on trouve sur sa surface postérieure une ouverture qui a environ quatre centimètres de haut en bas, et un centimètre transversalement : les bords de cette ouverture sont mousses, polis, arrondis et semblent se continuer bien manifestement avec la membrane interne de l'artère. Un caillot récent bouche l'ouverture qui communique avec une vaste cavité remplie de caillots fibrineux, résistants, et dont les parois sont formées :

1° A gauche et en avant, par la plèvre et le poumon gauche (celui-ci, frappé d'apoplexie pulmonaire, présente deux cavernes contenant des caillots récents et d'un noir foncé); 2° en arrière par les huitième, neuvième et dixième côtes. La neuvième est entièrement fracturée au niveau du col, les autres offrent plusieurs points fortement érodés. Sur la ligne médiane, l'aorte sert en avant de limite au foyer; en arrière, toujours sur la ligne médiane, se trouve la colonne vertébrale; les vertèbres qui correspondent aux côtes érodées sont elles-mêmes attaquées; le corps de la neuvième est entièrement détruit, sur la huitième on trouve une érosion considérable; il en existe à peine quelques traces sur la dixième. Point de communication avec le canal vertébral. Les disques intervertébraux sont parfaitement conservés. A droite, la poche se prolonge jusqu'au niveau de la base des apophises transverses; en avant, elle est

limitée par une portion de la plèvre épaissie; en arrière par les mêmes vertèbres un peu moins altérées qu'à gauche.

Ce fait n'étant que l'analogue de plusieurs autres exemples, constatant la valeur de la percussion dans le diagnostic des anévrismes, et parmi lesquels le professeur Piorry cite celui du docteur Maurin, médecin à Versailles, mort il y a peu de temps, hâtons-nous d'expliquer, ainsi que nous l'avons fait pressentir, la divergence d'opinions sur la possibilité de ce diagnostic par la différence qu'il y a entre l'ancienne manière de percuter et la nouvelle. La supériorité de celle-ci sur l'autre est si évidente, qu'il serait oiseux d'en chercher la démonstration ailleurs que dans les faits; son auteur ne l'a d'ailleurs basée que sur des expériences faites sur le cadavre et sur l'homme vivant. Quelques-unes de ces expériences ont été publiées dans un mémoire intitulé : *De l'examen plessimétrique de l'aorte ascendante et de la crosse aortique* (1), et elles vont recevoir de plus grands développements et une nouvelle sanction dans un ouvrage *ex professo*, qui est sous presse en ce moment, et qui appartient au même auteur.

Du reste, parmi les avantages attachés à ces différents genres d'investigation, par lesquels il est possible de lire en quelque sorte dans tout le système artériel, soit à l'aide de la percussion,

(1) *Archives générales de médecine*, 1840.

soit avec le secours de l'auscultation, soit enfin en combinant l'une avec l'autre, il en est d'applicables et de profitables à la science des opérations chirurgicales : il est aujourd'hui de précepte, dit le professeur Dubrueil (1), d'interroger les principaux organes circulatoires, avant d'entreprendre une opération chirurgicale de quelque gravité, une ligature artérielle surtout. Il faut toujours interroger les principaux organes circulatoires pour s'assurer qu'il n'existe pas chez le sujet de l'opération une cause de mort immédiate. C'est, en effet, pour avoir manqué à ce principe que A. Cooper vit mourir entre ses mains un homme à qui il pratiquait la ligature de l'artère crurale, pour un anévrisme de la poplitée. A l'ouverture du cadavre, on découvrit dans le péricarde un gros caillot de sang moulé sur la face antérieure du cœur, et formant une couche de quarante millimètres d'épaisseur : on reconnut un anévrisme de l'aorte ouvert dans le péricarde, au dessus des valvules semilunaires (2).

Des erreurs bien plus étonnantes, sinon plus graves, pourraient être citées à la suite de celle d'A. Cooper, si l'importance de la percussion et de l'auscultation dans le diagnostic des anévrismes n'était pas aussi saillante qu'elle l'est ; mais il nous suffira de citer le suivant, assez récemment publié :

(1) Mémoire cité, p. 87.

(2) *Observations et réflexions sur les anévrismes de la portion ascendante et de la crosse de l'aorte*, p. 88.

Anévrisme de l'aorte carotide pris pour un abcès.

Un enfant, âgé de neuf ans, fut admis, le 20 octobre 1841 ; il avait été adressé à l'hôpital par un praticien qui le considérait comme étant atteint d'un anévrisme de la carotide. Lors de son arrivée, il fut examiné avec soin par chacun des élèves, et l'on put constater qu'il existait des pulsations bien manifestes dans la tumeur, et, de plus, l'application du stéthoscope fit entendre le *susurrus* anévrismal. Au côté droit du cou existait une vaste tumeur, siégeant sur le trajet de l'artère carotide ; elle commençait à un pouce environ au-dessus de la clavicule, et atteignait l'angle de la mâchoire. La tumeur faisait, de plus, saillie dans la cavité buccale, et, lorsqu'on exerçait une pression dans sa partie extérieure, le malade était pris d'une dispnée intense; de plus, la voix était altérée. L'enfant racontait que cette tumeur existait depuis deux mois environ, et qu'elle avait apparu après un violent accès de fièvre.

Lors de l'arrivée de M. Liston, l'enfant lui fut de suite présenté, et le chirurgien interne lui offrit en même temps une aiguille à exploration, en l'avertissant que l'on avait entendu le bruit anévrismal; M. Liston refusa aussitôt l'aiguille exploratrice, en disant : « Qui donc a jamais vu un anévrisme sur un enfant de neuf ans? » et, selon son habitude, il plongea aussitôt une lancette à

abcès dans la tumeur. Un jet énorme de sang artériel jaillit au même instant par cette ouverture, et couvrit la face et les vêtements de l'opérateur : le malade s'évanouit aussitôt, et, malgré cette syncope, l'hémorrhagie continua. M. Liston se mit alors en devoir de fermer la plaie au moyen d'une couple d'aiguilles à bec de lièvre, sur lesquelles il établit une anse de fil. Le 21 octobre, il lia la carotide primitive, au-dessus de la clavicule, et l'enfant mourut le 5 novembre par une hémorrhagie secondaire. (*Archives générales de médecine*, décembre 1841, p. 504.)

Abcès.

Quoique la fluctuation soit le signe le plus caractéristique des abcès, il est pourtant indispensable d'en avoir un autre à sa disposition, car la fluctuation n'est pas toujours manifeste. Elle est souvent rendue obscure non-seulement par l'épaisseur des tissus qui recouvrent la collection purulente, non-seulement par des brides, par des cloisons, mais encore par la consistance du pus lui-même, ou bien par une circonstance qui, de prime abord, semble devoir en rendre l'appréciation évidente : nous voulons parler de l'excessive distension des abcès, qui leur donne une consistance analogue à celle des tumeurs fibreuses. Eh! bien, dans ces différents cas, la percussion pratiquée par des mains exercées pourra jeter du jour sur le dia-

gnostic; et cette vérité que nous avons constatée dans différentes salles d'hôpital, depuis surtout que nous avons été plus intéressé que jamais à nous faire une idée exacte de ce signe diagnostique, l'auteur du *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* l'avait pressentie, quand il dit (t. 1er, p. 223) : « Quelquefois on n'a pu percevoir la fluctuation, mais assez de probabilités accusant la présence du liquide, on se décide à inciser les tissus qui le recouvrent. Alors, à chaque couche qu'on divise, il faut porter le doigt dans le fond de la plaie et procéder comme je viens de le dire. Si la plaie est trop étroite pour laisser passer cet organe, on se sert d'une sonde, qui est alors comme un ajoutage du doigt. On comprime d'abord, on relève brusquement, et le choc de retour, communiqué à la sonde, est perçu ensuite par les doigts qui la saisissent. Ce sera là un diagnostic *à posteriori* ; il est quelquefois indispensable de procéder ainsi. »

Oui, ce *choc de retour* est un signe qu'il est *indispensable* de percevoir dans certains cas, mais *à priori* et non *à posteriori*, car il faut éviter toute incision inutile, la plus simple pouvant devenir funeste. Or, la percussion ne révèle pas seulement de la matité dans un abcès, mais elle fait sentir ce *choc de retour*, si heureusement signalé par M. Vidal. Nous ne doutons pas que si un chirurgien s'occupait de la percussion avec autant de soin que ceux qui se livrent d'une manière spéciale à l'étude des maladies de poitrine, il ne parvînt à distinguer

mieux qu'un autre les abcès des tumeurs, soit fibreuses, soit adipeuses, soit même des kistes proprement dits. Puisse notre conviction s'accréditer et se répandre! car, le diagnostic différentiel n'a été encore bien établi par aucun auteur de pathologie chirurgicale, à notre connaissance, du moins. Les méprises des chirurgiens les plus distingués, et de toute nation, ont confondu des abcès, tantôt avec des anévrismes, tantôt avec des hernies, ne sont-elles pas assez nombreuses pour justifier notre souhait?

Pressé par le temps, nous ne citerons pas de ces exemples : d'ailleurs le fait du docteur Liston qui figure dans notre article anévrisme serait tout aussi bien placé ici. Nous allons nous borner à rapporter un cas où l'utilité de la percussion dans le diagnostic des abcès est pleinement démontrée.

Abcès iliaque.

Un cocher, dont on nous dispensera de raconter les antécédents morbides, entra, le 26 avril 1842, l'hôpital Notre-Dame-de-Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 9, accusant de violentes douleurs aux lombes et à la hanche droite; la cuisse de ce côté était fléchie sur le bassin. Examiné avec soin, le membre ne présentait pourtant aucun signe de luxation. Des bains de vapeur, des cataplasmes, des vésicatoires sont tour à tour employés; peu à peu le mouvement revient, les douleurs se calment et tout va pour le mieux; mais douze jours après la cuisse du côté

malade devient le siége d'une infiltration considérable, et la fluctuation est rendue sensible aussi bien à la palpation qu'à la plessimétrie, au-dessus comme au-dessous du ligament de Fallope.

Lorsqu'on presse d'avant en arrière et de haut en bas, au niveau du petit bassin, la tumeur prend de l'accroissement vers la partie supérieure de la cuisse ; l'état du malade semble demeurer stationnaire pendant quelques jours; mais enfin un nouvel abcès se forme à la région lombaire. M. Piorry percute en arrière de l'os iliaque, au niveau de la fosse de ce nom, et il perçoit une matité marquée dans l'étendue de cinq pouces au moins : sur les limites de cette matité se trouve de la résonnance. Le malade est alors couché sur le dos, et la quantité de pus siégeant profondément dans l'abdomen est approximativement appréciée à l'aide du plessimètre; quant à l'étendue du son mat existant à la partie supérieure de la cuisse, elle est également limitée avec de l'encre : ce son mat est absolu, absorbé en quelque sorte. Au-dessous des limites qui le circonscrivent en bas, la résistance au doigt est moins marquée et l'oreille perçoit un son clair évident. On percute la partie supérieure de la cuisse gauche pour juger de la différence des sons que chacune d'elles fournit sur les mêmes points. La fluctuation la plus manifeste existe entre la tumeur abdominale et celle du haut de la cuisse. Les battements de l'artère crurale sont parfaitement sentis au centre de la tumeur.

M. Piorry, dès lors, prie M. Lenoir de pratiquer la ponction. Cette opération est faite avec un trois-quarts. Il s'écoule environ trois verrées d'un pus grisâtre, et sans odeur. Pendant que le pus sort par la canule, des aides pressent graduellement sur le foyer pour éviter la pénétration de l'air atmosphérique. Inutile de dire que l'on applique du diachilon sur l'ouverture du trois-quarts, que l'on procède ensuite à une compression méthodique, et que l'on administre les soins les mieux entendus. Malgré tout, le malade a peu d'appétit et s'affaiblit d'un manière considérable; l'habitude générale de son corps pâlit et se couvre de sueurs; ses traits se décomposent; la rougeur qui couvrait ses joues disparaît pour faire place à une coloration d'un jaune paille; ses facultés intellectuelles, jusqu'alors bien conservées, s'affaiblissent notablement, et bientôt le malade succombe.

M. Veyne, interne de M. Piorry, qui la veille avait percuté la partie supérieure de la cuisse, avait noté qu'elle donnait lieu à un son clair qui remplaçait la matité des jours précédents, et il constata le même fait avant de procéder à la nécroscopie, qui fut faite vingt-quatre heures après la mort.

Il était donc évident qu'il existait dans l'intérieur de l'abcès des fluides élastiques; on s'en assura en introduisant dans ce même abcès, et sous une cloche remplie d'eau, le même trois-quarts qui avait servi à l'opération. Une dissection attentive fit voir que le pus avait occupé réellement à la cuisse le lieu et

l'étendue que la percussion avait déterminés : la cavité qu'il s'était creusée entre les muscles de la région interne de la cuisse, la peau et le bord interne du muscle couturier, ne permettait pas d'élever le moindre doute à cet égard.

Tous les points de la fosse iliaque où on avait trouvé de la matité étaient couverts de pus, et le foyer communiquait par un canal étroit jusqu'à un second foyer moins large qui était situé au niveau des insections supérieures du muscle psoas. Là, le muscle était détruit dans toute son étendue, ainsi que le muscle iliaque. Les deux dernières vertèbres dorsales et les deux ou trois premières lombaires étaient corrodées à leur partie externe assez profondément, mais de telle manière cependant que, malgré cette usure, le corps de ces vertèbres n'était pas moins large que si elles n'eussent présenté aucune altération pathologique.

Nous devons la connaissance de ce fait intéressant à M. Mailliot, dont l'obligeance égale la haute capacité.

Hernies.

Bien que les considérations par noue exposées aux pages 66 et 67, sur les hernies intestinales, puissent, à la rigueur, nous dispenser d'en dire davantage sur les hernies en général, nous nous plaisons à présenter un fait que nous avons observé à l'hôpital de la Pitié, et que M. Veyne a su

rendre on ne peut plus démonstratif en faveur de la percussion. Que l'on ne soit donc pas surpris de voir cet article composé seulement de deux observations dont l'une de gastrocèle et l'autre de sarcocèle. Nous pourrions en ajouter d'autres ; car nous avons eu le soin de nous transporter au parvis Notre-Dame, un jour de consultation pour les hernies, et nous avons pu nous y faire une idée exacte du degré d'utilité de la percussion dans le diagnostic de la plupart d'entre elles ; mais il est des bornes à tout, et notre Thèse doit avoir aussi les siennes.

Gastrocèle de la ligne blanche.

Lethur, Jacques, âgé de 23 ans, maçon, entré le 26 mai 1842, salle Saint-Raphaël, nº 12. Ce malade, qui a des formes atlétiques, éprouve depuis deux mois environ un sentiment de pesanteur vers la partie inférieure de la région épigastrique; depuis cette époque seulement, au dire du malade, cette région est le siége d'une tumeur qui a progressivement augmenté sans être d'abord accompagnée d'aucun trouble fonctionnel, mais il accuse actuellement des douleurs épigastriques se manifestant *immédiatement* après l'ingestion des aliments et *persistant pendant toute la durée de la digestion stomacale.* Le malade ignore la cause qui a déterminé l'apparition de cette tumeur.

État actuel : — Située sur le trajet de la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic, elle présente les caractères suivants : elle a le volume d'un petit œuf de poule; elle est oblongue, et son grand diamètre, obliquement dirigé de haut en bas et de droite à gauche, offre cinq centimètres environ ; le diamètre transversal a trois centimètres. Par la palpation, on éprouve la sensation que donne sur le cadavre l'application immédiate de la main sur le tube digestif rempli de gaz. Cette sensation de mollesse et d'élasticité est plus sensible encore par le contraste de la fermeté des parties voisines ; cette tumeur disparaît par la pression la plus légère, et l'on peut alors introduire deux travers de doigt dans une éraillure de la ligne blanche. M. Flaindoux, chirurgien en chef de l'hôpital de Nîmes, auquel j'ai montré ce malade, m'a dit n'en avoir jamais vu une aussi large dans sa vaste pratique. Cette tumeur est apparente alors seulement que le malade est couché ; lorsqu'il est debout, elle disparaît ; ce qui s'explique par la direction différente que, dans ces deux positions l'abaissement du diaphragme imprime aux viscères abdominaux. Cette tumeur augmente de volume par la toux. Alors à la région épigastrique il y a trois saillies, deux latérales se prolongeant en haut et en bas avec des interruptions transversales, qui sont les muscles droits avec leurs intersections plus marquées à cause de l'énergie des contractions. La saillie moyenne représentant la tumeur dont je viens d'in-

diquer les caractères est bien nettement circonscrite, et s'élève au dessus du niveau des deux saillies latérales.

Je conclus de cet examen que ce malade a une hernie de la ligne blanche, que cette tumeur est fermée en tout ou en partie par une portion du tube digestif; mais mon examen est jusqu'ici insuffisant pour m'indiquer quelle est la portion du tube digestif qui est herniée. En raison de la position de la tumeur, on peut également supposer une hernie de l'estomac, du colon transverse et même de l'intestin grêle.

Je cherche alors à éclaircir cette question par la percussion et la mensuration ; j'obtiens par leur emploi les données suivantes :

Distance. —	1° De l'appendice xiphoïde au pubis.	27 centim.
	2° Du sternum à l'ombilic.	11
	3° Du bord inférieur du foie à l'ombilic.	6
	4° De l'appendice xiphoïde à la rate.	14
	5° De l'appendice xiphoïde au bord inférieur du foie, au niveau de l'épigastre.	5
	6° Du bord inférieur du foie au bord supérieur de la tumeur.	2
	7° Du bord inférieur de la tumeur à l'ombilic.	2

Ces mesures, établies d'une manière sûre, à l'aide de la percussion, nous apprennent que le foie dé-

passe le rebord costal, qu'il est peu distant de l'ombilic, que l'estomac, refoulé par le foie, occupe cet espace, que, par conséquent, la tumeur, située dans cet espace, doit être constituée par cet organe. Cette conclusion paraît d'autant plus fondée, que cet espace, également sonore sur tous les points, sauf sur la tumeur, où, en raison de l'épaisseur moindre des téguments, la sonorité est encore plus marquée, est circonscrit de tous côtés par des parties présentant à la percussion des différences notables. — En haut, à gauche et sur une ligne au niveau de l'appendice xiphoïde, matité du cœur; à gauche, matité de la rate; à droite, matité du foie; en bas, sonorité beaucoup plus obscure, étendue transversalement au-dessous de l'ombilic (colon transverse rempli de matières et de gaz), et conservant au-dessous d'elle un espace mat occupé par l'intestin grêle, rempli de matières. Cet espace, également sonore sur toute sa circonférence, et plus sonore que toutes les autres régions de l'abdomen, ne peut être occupé que par l'estomac, d'autant plus que cet espace, circonscrit par des lignes, a exactement la forme de l'estomac dilaté par des gaz. — Il y a donc gastrocèle.

Cependant on pouvait, à la rigueur, dit M. Veyne, refuser à ce diagnostic la certitude mathématique : l'expérience suivante fut faite pour ne laisser aucun doute : je recommandai au malade de ne boire ni manger, le lendemain, avant mon arrivée dans la

salle. Le matin, je constatai de nouveau les résultats obtenus la veille. Tout l'espace qui, d'après nos observations d'hier, est occupé par l'estomac, est toujours très sonore, le malade étant couché sur le dos. Je le fais alors retourner, et s'appuyer sur ses genoux et ses mains, de manière que la tumeur soit le point le plus déclive; je percute alors, et la sonorité est égale, en étendue et en intensité, à celle qui s'observe, le malade couché sur le dos; je fais alors boire au malade un verre de tisane, et la sonorité diminue, un second verre la rend plus obscure, la matité est complète au quatrième verre, et l'espace situé transversalement au-dessous (colon transverse), auparavant moins sonore, est, au contraire, actuellement plus sonore.

Cette expérience faite et renouvelée pendant plusieurs jours, en présence de M. Piorry, de plusieurs internes des autres services, et d'un grand nombre d'élèves, a toujours donné les mêmes résultats, et tous ceux qui les ont vus n'ont conservé aucun doute sur la certitude mathématique imprimée à ce diagnostic par la plessimétrie. Sur le conseil de mon collègue et ami, M. Malespien, j'ai appliqué l'oreille sur la tumeur au moment de la déglutition des liquides, et je percevais à chaque chute des liquides dans l'estomac, plein de gaz, un râle comparable, par sa nature, au râle caverneux, mais beaucoup plus intense, à cause, sans doute, de la largeur plus considérable de l'espace où se passent les bruits. Ce dernier fait a été con-

staté par plusieurs de mes collègues, et les résultats ont été les mêmes pour tous.

Hernie scrotale.

Un malade portait dans le scrotum et du côté droit une tumeur du volume de la tête d'un enfant, qui distendait tellement les bourses et la peau de la verge, que celle-ci avait entièrement disparu. A la partie supérieure latérale gauche de cette tumeur, on découvrait l'ouverture du prépuce; MM. Amusat et Delouey crurent reconnaître une hernie; pour s'en assurer, la percussion médiate fut pratiquée. On obtint les résultats suivants : son timpanique dans toute l'étendue de la tumeur, si ce n'est tout-à-fait en bas, où la résonnance est moindre; en appliquant fortement le plessimètre, et en le frappant d'un coup sec, on trouva dans un espace circonscrit un son obscur dû au testicule qui était situé sur ce point. La semi-matité de la partie déclive était due à une légère collection de sérosité. Ainsi, dans ce cas, l'emploi du plessimètre fit reconnaître la coexistence d'une hernie intestinale, d'une hidropisie du sac, et fit juger du lieu occupé par le testicule (1).

(1) *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes*, par Piorry, p. 194.

FIN.

Paris. — Imprimerie de Cosson, rue Saint-Germain-des-Prés, 9.